

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Departamento de Personalidad, Evaluación y
Tratamientos Psicológicos**



**DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO
AUTOAPLICADO PARA LA EVALUACIÓN DEL
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (EGEP)**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

María del Mar Gómez Gutierrez

Bajo la dirección de la doctora
María Crespo López

Madrid, 2011

ISBN: 978-84-694-2079-9

©María del Mar Gómez Gutiérrez, 2010

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos



DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO AUTOAPLICADO PARA LA EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (EGEP).

Memoria para optar al grado de Doctora presentada por:

M^a del Mar Gómez Gutiérrez

Bajo la dirección de la Doctora:

Maria Crespo López

Madrid, 2010.

AGRADECIMIENTOS.

“No hay deber más necesario que el de dar las gracias”

Cicerón.

Al término de este trabajo, me resulta especialmente gratificante poder mirar hacia atrás y recordar las personas que lo han hecho posible. Por ello me gustaría expresar mis más sinceros agradecimientos.

En primer lugar, me gustaría agradecer a María Crespo su implicación en la dirección de este trabajo. Gracias María por compartir conmigo tus conocimientos y profesionalidad, por ayudarme a crecer como investigadora y especialmente por apostar por este proyecto aún cuando había obstáculos en el camino.

Quiero también agradecer la participación de los Doctores; Pedro Amor, Paz Corral, Juan Antonio Cruzado, Enrique Echeburúa, Francisco Labrador, Cristina Larroy, Manuel Muñoz, Paulina Rincón, Alfonso Roa, José Ignacio Robles, Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, que aceptaron pertenecer al equipo de jueces expertos para la valoración del instrumento desarrollado. Gracias por vuestras aportaciones.

A todos los centros e instituciones que han colaborado en esta investigación (Hospital Nuestra Señora de América, Hospital Militar Gómez Ulla, Beccaria - Asociación de ayuda a las víctimas, Stop-Accidentes -Asociación de ayuda a víctimas de accidentes de tráfico, Asociación Nacional de víctimas de delitos violentos, ICAS - Atención en catástrofes, Comedor de Refugiados Políticos de la Comunidad de Madrid, Centro de la Mujer Rosa de Luxemburgo de Leganés, Centro de la Mujer de Collado-Villalba y Servicios Sociales de Entrevías, IPSE Intervención Psicológica Especializada y Asociación ACAL – Asociación contra el acoso Laboral).

De forma especial me gustaría agradecer a José Ignacio Robles y a M^a Jesús Alarcón, el tiempo empleado para ayudarme en el contacto con los participantes del estudio. Muchas gracias.

A María Arinero, Javier López y M^a Ángeles Peláez, por esos momentos que compartimos de aprendizajes.

A María Mansilla, por tu ilimitada generosidad para acompañarme en este camino, sabes que un trocito de este trabajo es tuyo, y por haberme enseñado eso de “no lo pienses, hazlo”.

A Lisi Lega, por enseñarme lo simbólico de este trabajo.

A Victoria Rivas, porque tu humor ha sido una importante medicina en la elaboración de este trabajo.

A mis amigas, por esos paseitos compartidos por la sierra que tanta energía me han dado. Y de forma muy especial a Diana Cuadrado, por su colaboración en la maquetación de este trabajo.

A mis padres y hermana, por vuestro interés y apoyo continuado durante toda la realización de este trabajo. Sois un ejemplo para mí.

Muchas gracias a todos.

A todos los participantes de este estudio, por compartir conmigo vuestras experiencias y sentimientos, me habéis enseñado mucho más de lo que yo puedo agradecerlos.

El trabajo que a continuación se presenta ha tenido como objetivo el diseño, desarrollo y validación de un instrumento de evaluación para el Trastorno de Estrés Postraumático en adultos.

Esta investigación se ha llevado a cabo por diversas razones. En primer lugar, por la alta prevalencia que los estudios ponen de manifiesto acerca de la frecuencia con la que el ser humano se expone a lo largo de su vida a un acontecimiento traumático. En segundo lugar, por el importante grado de alteración que puede darse en la salud general del individuo tras la exposición a un acontecimiento traumático. Y en tercer lugar, porque los instrumentos que hasta en la actualidad se han desarrollado para el TEPT presentan importantes dificultades como que no evalúan todos los criterios propuestos para el trastorno según las clasificaciones diagnósticas y los que lo hacen son altamente demandantes. Además la gran mayoría han sido validados con población expuesta a un único acontecimiento traumático (e.g. veteranos de Vietnam), lo cual hace que su generalización a otras personas que han sufrido acontecimientos traumáticos sea cuestionable, y por último, que gran parte de ellos no han sido desarrollados o validados con población española.

A raíz de esta situación se planteó una línea de investigación para el desarrollo y validación de un instrumento de evaluación del Trastorno de Estrés Postraumático con población española, de la que es fruto el presente trabajo, y que se pudo llevar a cabo gracias a la financiación del proyecto por la Universidad Complutense de Madrid (Proyecto de Investigación Complutense) y por Comunidad de Madrid (Proyectos de Investigación. Humanidades, Ciencias Sociales y Económicas).

El contenido del trabajo se ha estructurado en dos grandes apartados. En el primero de ellos se recogen los aspectos teóricos y en el segundo de ellos la descripción del trabajo empírico de la investigación, desde los objetivos e hipótesis planteados, la metodología llevada a cabo para el diseño y desarrollo

del instrumento de evaluación y los resultados obtenidos en la validación de este.

Además de estos apartados, se incluyen al final del trabajo determinados anexos que se han entendido como importantes para conocer en detalle la investigación llevada a cabo. También se incluye un manual junto con el cuadernillo de preguntas y respuestas y una hoja resumen de resultados, del instrumento desarrollado.

Finalmente, destacar que este trabajo ha posibilitado, además de crear un instrumento de evaluación, el contacto con diversos profesionales vinculados a centros e instituciones que asesoran a personas que han vivido acontecimientos traumáticos, lo cual ha supuesto una experiencia muy enriquecedora. Además hemos tenido la oportunidad de conocer a más de un centenar de personas que han compartido con nosotros experiencias vitales en ocasiones muy dolorosas, y que de alguna manera nos han dado una lección de vida.

INDICE.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS	1
1. CONCEPTO Y DELIMITACIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS	
POSTRAUMÁTICO	3
1.1. Aproximación histórica al concepto de Estrés Postraumático.....	3
1.2. El Trastorno de Estrés Postraumático en las clasificaciones diagnósticas	10
1.3 Problemática del diagnóstico y clasificaciones del Trastorno de Estrés Postraumático	20
1.4 Epidemiología del Trastorno de Estrés Postraumático	34
1.4.1 Prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático	34
1.4.2 Comorbilidad del Trastorno de Estrés Postraumático.....	45
2. MODELOS EXPLICATIVOS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS	
POSTRAUMÁTICO	49
2.1. Teoría del aprendizaje	49
2.2. Modelos cognitivos	50
2.2.1. Modelos cognitivos basados en un único modelo de representación	51
2.2.2. Modelos cognitivos basados en diversos modelos de representación	52
2.3 Resumen de los modelos explicativos del Trastorno de Estrés Postraumático	56
3. EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	59
3.1. Instrumentos para el diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático	60
3.2. Instrumentos para la evaluación de síntomas del Trastorno de Estrés	61
3.3. Instrumentos para el diagnóstico y evaluación de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático	62
3.4. Instrumentos para el cribado de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático	63
3.5. Instrumentos para la evaluación de acontecimientos traumáticos en adultos	64

3.6. Instrumentos para la evaluación de otros síntomas	64
3.7. Instrumentos para la valoración del tratamiento en el Trastorno de Estrés Postraumático en adultos	65
3.8. Problemática de la evaluación del Trastorno de Estrés Postraumático en adultos	74
ESTUDIO EMPÍRICO	77
4. PLANTEAMIENTO GENERAL	79
4.1. Objetivos	82
4.2. Hipótesis.....	83
5. FASE I: DISEÑO DE LA ESCALA DE EVALUACIÓN GLOBAL DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	87
5.1. Elaboración del listado de acontecimientos traumáticos y estudio piloto	87
5.2. Diseño inicial de la escala	90
5.3. Revisión de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP) por un grupo de expertos	93
5.4. Diseño y redacción final de la escala	96
6. FASE II: VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE EVALUACIÓN GLOBAL DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	101
6.1. Método	101
6.1.1. Participantes.....	101
6.1.2. Variables e Instrumentos	103
6.1.3. Procedimiento	110
6.1.3.1. Entrenamiento de los evaluadores	110
6.1.3.2. Evaluación de los participantes del estudio.....	112
6.1.3.3. Creación de la base de datos y codificación de datos	114
6.1.4. Análisis de datos	115
6.2. Resultados	119
6.2.1. Caracterización de la muestra	119
6.2.1.1. Características sociodemográficas	119
6.2.1.2. Caracterización del acontecimiento traumático.....	121
6.2.1.3. Sintomatología postraumática	125
6.2.1.4. Sintomatología asociada	130

6.2.1.5.	Diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático.....	135
6.2.2.	Análisis de la fiabilidad	139
6.2.2.1.	Consistencia interna	139
6.2.2.2.	Análisis de la consistencia interna de los ítems	141
6.2.3.	Análisis de la validez	149
6.2.3.1.	Validez de constructo	149
6.2.3.1.1	Análisis factorial.....	149
6.2.3.2.	Validez convergente	155
6.2.3.2.1	Análisis de ítems	155
6.2.3.2.2	Correlaciones entre subescalas	159
6.2.3.3.	Validez discriminante	160
6.2.3.4.	Validez predictiva	163
6.2.3.4.1	Curvas COR (Característica Operativa del Receptor).....	163
6.2.3.4.2	Análisis de Bayes	175
6.2.3.5.	Validez clínica	191
6.3.	Contraste de hipótesis	199
7.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	205
7.1.	Caracterización de la muestra	205
7.1.1.	Características sociodemográficas.....	205
7.1.2.	Características del acontecimiento traumático	206
7.1.3.	Sintomatología postraumática.....	209
7.1.4.	Sintomatología asociada.....	211
7.1.5.	Diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático	212
7.2.	Análisis de la fiabilidad	214
7.3.	Análisis de la validez	219
7.4.	Limitaciones del estudio y directrices futuras.....	230
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	235
ANEXOS.....		257
	Anexo 1. Estudio de acontecimientos traumáticos a incluir en la EGEP	
	Anexo 2. Versión inicial de la EGEP	
	Anexo 3. Cuestionario de evaluación de expertos	
	Anexo 4. Versión final de la EGEP	
	Anexo 5. Material para el contacto con centros y captación de participantes	

Anexo 6. Consentimiento informado e informe de resultados

Anexo 7. Instrumentos Autoaplicados

Anexo 8. Instrumentos Heteroaplicados

Anexo 9. Pautas de evaluación telefónica

Anexo 10. Manual, cuadernillo y hoja de resultados de la EGEP

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1. CONCEPTO Y DELIMITACIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

El actualmente conocido en las clasificaciones diagnósticas como Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) cuenta con una remota historia, casi tanto como la del propio ser humano. Durante todos estos años de historia se han generado multitud de denominaciones, en función del momento social y científico en el que aparecía la definición, para hacer referencia a lo que hoy en día conocemos como TEPT. Desde su inclusión en las clasificaciones diagnósticas ha traído consigo un importante número de modificaciones con el objetivo de perfilar cada vez mejor los aspectos estructurales y subyacentes a esa denominación, TEPT.

1.1 Aproximación histórica al concepto de Estrés Postraumático.

“Menelao estaba poseído de terror y no conseguía que se posara el sueño en sus párpados, temiendo que les ocurriese algún percance a los aqueos que por él habían llegado a Troya, atravesando el vasto mar, y promovido por tan audaz guerra. Cubrió sus anchas espaldas con la manchada piel de un leopardo, púsose luego el casco de bronce, y tomando en la robusta mano una lanza, fue a despertar a Agamemnon”.

Homero, siglo VIII a.c.

Para explorar la historia del concepto de estrés postraumático nos tenemos que remontar a la cultura clásica grecorromana, en la que se encuentran los primeros documentos que hacen referencia a las reacciones humanas tras la vivencia de acontecimientos relacionados fundamentalmente con la muerte de un ser querido o con conflictos bélicos, tal y como ilustró Homero en el Canto X de la Ilíada presentado anteriormente.

Desde entonces la literatura, la filosofía y el arte han venido mostrando diferentes obras en las que se recogían las reacciones humanas frente a situaciones de muerte de seres queridos y conflictos bélicos.

Estas referencias se fueron progresivamente generalizando al ámbito científico, siendo en torno a la segunda mitad del siglo XIX cuando aparecen las primeras descripciones y estudios científicos sobre las alteraciones psíquicas observadas. Desde entonces, se han generado una multitud de términos, conceptos y definiciones referentes a las posibles secuelas y cuadros médicos que podían presentar los individuos expuestos a determinados acontecimientos.

Estas primeras descripciones científicas tienen como situación precipitante los accidentes de ferrocarril y los accidentes laborales. Dentro de las primeras descripciones de las posibles alteraciones tras sufrir un accidente de ferrocarril (Page, 1883; Putnam, 1883 y Walton, 1883) encontramos el término "*railway spine*" (Erichsen, 1866) que se utilizó para describir un trastorno que era secundario a lesiones producidas en la médula espinal tras el accidente de ferrocarril.

En 1869, el médico George Millar Beard (1869) introdujo otro de los primeros términos que podemos identificar como antecedente del actualmente denominado estrés postraumático. Beard desarrolló el concepto de "neurastenia" para referirse a un estado, de condición médica, producido por el debilitamiento nervioso y que producía un estado de agotamiento físico que cursaba con fatiga, ansiedad, dolor de cabeza y depresión.

Prácticamente en paralelo a estos estudios Oppenheim (1884), centrando también sus trabajos en las personas que habían sufrido un accidente de ferrocarril, introdujo el concepto de "neurosis traumática". Este concepto hacía referencia a un trastorno constituido por lesiones en el Sistema Nervioso Central y que se caracterizaba por sintomatología neurótica y depresiva.

Charcot (1885), que no compartía con los autores referidos hasta el momento la idea que estos defendían sobre que la etiología de estos trastornos o cuadros clínicos tuviese una explicación organicista, propuso que la lesión que originaba los síntomas era fundamentalmente dinámica. Es decir, que determinadas experiencias actuarían como conflictos internos que activarían conflictos ligados al desarrollo infantil que hasta el momento habían

permanecido reprimidos. Por ello Charcot ni siquiera enuncia las “neurosis traumáticas”, sino que defiende que se puede denominar “neurastenia” o “histeria”.

Janet, que trabajó en la línea de investigación creada por Charcot, hizo una importante aportación ya que describió la dificultad que presentaban las personas expuestas a determinados acontecimientos para acceder a lo que él denominó memoria narrativa, debido a la disociación que habían hecho de los sucesos traumáticos.

A partir de finales del siglo XIX gran parte de las referencias terminológicas que se generaron estuvieron directamente vinculadas al ámbito militar o de conflicto bélico. Así, encontramos una de las acuñaciones más representativas del momento, atribuida al médico militar Jacob Mendes Da Costa (1871) denominada “corazón de soldado o corazón irritable” que se caracterizaba por una alteración cardíaca provocada por la exposición al combate y que clínicamente cursaba principalmente con taquicardia y otros síntomas de ansiedad.

En esta etapa, de esta proliferación de términos y teorías acerca de las consecuencias que tenían para las personas sufrir determinados acontecimientos, surge por primera vez un término con identidad nosológica propia, denominado “neurosis de espanto” (1899) y que se lo debemos al psiquiatra alemán Emil Kraepelin, el cual incluyó esta entidad en la 6ª Edición de su Tratado de Psiquiatría.

Aunque la terminología revisada hasta el momento se centra en concepciones organicistas o de origen psíquico, cabe destacar que otra concepción, que podríamos denominar social, ha ocupado también un lugar importante en relación al desarrollo del concepto de estrés postraumático. Dentro de esta concepción podríamos englobar diferentes términos como “neurosis de compensación”, “neurosis de renta” y “rentofilia”, que surgen principalmente vinculados a los accidentes ferroviarios y cuya denominación se debe a la compensación que debían recibir las personas tras quedar afectados a nivel orgánico. Incluso autores, como Bonhoeffer, llegaron a considerar tras la I Guerra Mundial que las “neurosis traumáticas” eran

enfermedades sociales en la medida que se mantenían mientras las personas que las padeciesen recibieran una prestación económica. Esta problemática podemos afirmar que de alguna manera ha llegado hasta nuestros días, aunque su origen se sitúa antes de la Primera Guerra Mundial, es decir, en el momento que las personas empezaron a manifestar dolencias tras sufrir un accidente laboral o de tráfico.

Freud (1920) apoyó las propuestas que hizo Charcot principalmente en la concepción de que determinadas experiencias funcionarían como traumáticas en la medida que movilizan conflictos intrapsíquicos presentes en el inconsciente. Sin embargo, Freud defendió que es importante distinguir terminológicamente las “*neurosis traumáticas*” de las “neurosis actuales” y las de “conversión”. Principalmente porque por la naturaleza e intensidad de determinados acontecimientos serían el factor precipitante de determinada sintomatología, que a su vez es muy específica respecto a las demás psiconeurosis. De este modo, Freud concluyó que “el estado que sobreviene cuando uno entra en una situación peligrosa sin estar preparado para ella es el factor determinante de la “neurosis traumática”.

A raíz de la II Guerra Mundial se generaron más términos y descripciones clínicas entorno al concepto del actual estrés postraumático, Dentro de los cuales cabe destacar la “Fatiga de combate” (Kardiner y Spielgel, 1947) que se caracterizaba por sintomatología ansiosa, dificultades de sueño, fatiga vinculada a situaciones ambientales y un descenso del umbral de estimulación con predisposición para reacciones de huida. Este término tiene un elemento diferenciador respecto al de “neurosis de guerra” empleado mayoritariamente hasta el momento y que hace referencia a la etiología que se atribuye, ya que se desmarca de las explicaciones organicistas que todavía estaban presentes en las descripciones de la “neurosis de guerra” (Gaupp, 1916).

En España, también se estudiaron las “neurosis de guerra” especialmente tras la Guerra Civil (López-Ibor, 1942).

También enmarcado en el momento histórico de la II Guerra Mundial, especialmente en Europa con la puesta en marcha de diversas actuaciones

muy agresivas por parte del partido nazi, aparecen descripciones específicas del estado psicológico que presentaban las personas, en su mayoría civiles. Dentro de estas descripciones, destaca el término “KZ síndrome” o “síndrome del campo de concentración” (Richel, Gilbert-Dreyfus, Uzan y Fichez, 1948) que describía las secuelas vinculadas al sufrimiento referido por unos 6.000.000 de personas que fueron deportadas a campos de trabajo, campos de exterminación y campos de represalias. El “síndrome del campo de concentración” se describió como un cortejo somático que suponía:

- Astenia con fatigabilidad.
- Trastornos de la memoria anterograda.
- Dificultades de concentración, de atención y falta de iniciativa.
- Nerviosismo, hiperactividad estéril y labilidad afectiva.
- Trastornos de la emotividad, provocados por los recuerdos de la deportación.
- Humor hosco, depresivo y lábil.
- Ansiedad con insomnio y pesadillas que se atenúan con el tiempo.
- Trastornos vegetativos (palpitación, sensación de opresión torácica, disnea, sudoración y diarreas).
- Tendencia al aislamiento social.

Targowla (1968) describió una variante de este síndrome que denominó “síndrome de hiperamnesia emotiva paroxística”, que presentaba las mismas características que el “*síndrome del campo de concentración*” pero que además iba acompañado de crisis de pérdida de conocimiento durante las cuales el sujeto revive, con o sin actividad motora, escenas del pasado que presentaron una fuerte carga emotiva (como interrogatorios), y al recuperarse de esta crisis la persona presenta una amnesia respecto a esta.

También, vinculado a este momento histórico, Niederland describió el “síndrome de supervivencia” (1964) que hacía referencia a un estado crónico de tensión, irritabilidad, hiperactividad, nerviosismo, miedos, insomnio, pesadillas, recuerdos repetitivos de la persecución, síntomas difusos de

ansiedad, quejas somáticas y aislamiento social que presentaban los judíos deportados como consecuencia, según Niederland, del sentimiento de culpa de haber sobrevivido, mientras gran parte de su entorno no pudo sobrevivir.

Como puede verse en la revisión de los antecedentes del concepto de estrés postraumático realizada hasta el momento, el ser humano ha estado muy interesado en describir, a nivel científico, los diferentes cuadros que agrupaban la sintomatología que padecían las personas expuestas fundamentalmente a zonas de guerra. Las diferencias terminológicas en las descripciones realizadas estaban fundamentadas exclusivamente por matices referentes a la posible etiología del cuadro o por las necesidades de no generar términos que “etiquetasen” a las personas o, paradójicamente, por la necesidad de generar “etiquetas” que facilitasen ayudas a las personas que habían visto empobrecida o seriamente dañada su salud física o mental tras la exposición a zonas de combate.

Este interés, que tuvo su punto álgido una vez finalizada la II Guerra Mundial, promovió que se planteara en 1952 la necesidad de incluir en la primera edición del DSM una categoría diagnóstica, denominada “Grave reacción al estrés” que estructurase toda la información sobre términos y cuadros clínicos generados a través de la historia en torno al actual concepto de estrés postraumático.

Como se puede entrever por lo descrito hasta el momento, el siglo XIX supuso el origen y la creación de los antecedentes terminológicos del actualmente conocido estrés postraumático (véase Tabla 1.1) pero no es hasta mediados del siglo XX cuando se da el reconocimiento pertinente a las repercusiones que para el ser humano puede tener la exposición a determinadas situaciones.

Tabla 1.1. Antecedentes científicos del concepto de estrés postraumático.

TERMINO	AUTOR	AÑO
Railway spine	Erichsen	1866
Neurastenia	George Millar Beard	1869
Neurosis traumática	Oppenheim	1884

TERMINO	AUTOR	AÑO
Neuroastenia - Histeria	Charcot	1885
Disociación	Janet	1885
Corazón de soldado o corazón irritable	Mendes Da Costa	1871
Neurosis de espanto	Kraepelin	1899
Neurosis de guerra	Gaupp	1916
Neurosis de compensación o de renta	Bonhoeffer	1918
Neurosis de guerra	López-Ibor	1942
Fatiga de combate	Kardiner y Spiegel	1947
Síndrome del campo de concentración	Richel et al.	1948
Grave reacción al estrés	DSM I	1952
Síndrome de supervivencia	Niederland	1964
Síndrome de hiperamnesia emotiva paroxística	Targowla	1968
Síndrome de mujer violada	Burgess y Holstrom	1974

Posiblemente este reconocimiento estuvo influido por dos sucesos; por un lado por el regreso de los veteranos de la guerra del Vietnam en 1975 tras los 17 años que duró el que ha sido denominado el conflicto bélico más sangriento, ya que tan solo por lo que respecta a Estados Unidos supuso 58.000 fallecimientos y 300.000 heridos (Ocaña, 2003). Y por otro lado por la descripción del “síndrome de mujer violada” (Burgess y Holstrom, 1974) que hacía referencia a las dificultades en el patrón de sueño y sensación de vivir de nuevo el acontecimiento que padecían las mujeres que habían sufrido una violación, el cual supuso la extensión de una sintomatología muy vinculada a las guerras y los conflictos bélicos a la población civil.

La importancia, especialmente social, que cobraron estos dos acontecimientos fue tal que, sin contar con estudios rigurosos previos, en 1980 se crea una nueva categoría diagnóstica en la clasificación DSM III que englobaría tanto la sintomatología que presentaban los veteranos de Vietnam como las mujeres violadas y que se denominó Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT).

Desde entonces han pasado tres décadas en las que la proliferación de revistas científicas, de libros y de artículos dedicados al TEPT en los campos de la salud, de la legislación y de la política social ha tenido un

alcance mundial (Williams y Somers, 2002; Wilson, Friedman y Lindy, 2001). Testigo de estos avances han sido las clasificaciones diagnósticas que desde que en 1980 recogieron la categoría diagnóstica del TEPT han tenido que ir modificando continuamente los criterios diagnósticos que componían esta categoría. Por ello el siguiente apartado de este trabajo lo dedicaremos a revisar la historia del TEPT a través de las clasificaciones diagnósticas.

1.2 El Trastorno de Estrés Postraumático en las clasificaciones diagnósticas.

Aunque las reacciones psicológicas frente a acontecimientos traumáticos se incluyeron por primera vez en la clasificación diagnóstica DSM (APA, 1952), bajo la denominación de “reacción intensa de estrés”, la inclusión del TEPT como tal, se produjo por primera vez en el **DSM III** (1980), dentro de los trastornos de ansiedad y definido como un trastorno originado por la exposición a un estrés reconocible, capaz de provocar síntomas significativos de malestar en casi todo el mundo.

Tal y como se presenta en la Tabla 1.2, la tercera edición del DSM describió como factor central del TEPT la presencia de determinados síntomas tras un estrés capaz de provocar malestar en casi todo el mundo. Estos síntomas consistían en reexperimentación del acontecimiento (al menos uno de tres síntomas), embotamiento de la capacidad de respuesta (al menos uno de tres síntomas) y diversos síntomas referidos a hiperactivación, evitación de actividades que evocan el recuerdo y síntomas generales entre los que se incluía el sentimiento de culpa o remordimientos por la conducta llevada a cabo para la supervivencia y la afectación de la memoria o dificultades de concentración (al menos dos de seis síntomas).

Además, en esta edición se recogían dos posibles subtipos del cuadro de TEPT denominados: trastorno por estrés postraumático agudo (cuando el comienzo era en los 6 meses posteriores al trauma y duraba menos de 6 meses) y trastorno por estrés postraumático crónico o retrasado (cuando el comienzo era por lo menos 6 meses después del trauma y duraba más de 6 meses).

En la revisión de la tercera edición del DSM, **DSM III-R** (APA, 1987) se produjeron diversas modificaciones (véase Tabla 1.2) tanto en el criterio A, relativo al suceso estresante como en los criterios B, C y D, referidos a la sintomatología propia del TEPT. A continuación se recogen las modificaciones incluidas en el DSM III-R:

- Respecto al criterio A:
 - El término “estrés reconocible” se sustituye por “acontecimiento traumático”.
 - Respecto a los criterios B, C y D:
 - En el criterio B, denominado en el DSM III como “reexperimentación del traumatismo” y en el DSM III-R como “reexperimentación del acontecimiento traumático” se incluye como síntoma el “malestar psicológico al exponerse a acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático”.
 - En el criterio C, denominado en el DSM III como “embotamiento” y en el DSM III-R como “evitación” se incluyen tres síntomas referidos a evitación persistente de los estímulos asociados con el “trauma” y un síntoma referido a la visión de futuro de la persona (“sensación de acortamiento de futuro”), por lo que este criterio queda definido por siete síntomas, de los que tres serían necesarios para el cumplimiento del criterio.
 - El criterio D, que se presentaba algo inespecífico en la clasificación DSM III, se pasó a denominar “aumento de activación” y se definió por la presencia de dos de seis síntomas referidos al aumento de activación en la persona tras el “trauma”.
- Además, en el DSM III-R se excluyeron los síntomas referidos al sentimiento de culpa o remordimientos por la conducta llevada a cabo para la supervivencia y la afectación de la memoria o dificultades de concentración, recogidos en la tercera edición.

- Otras modificaciones:
 - En el apartado referido a subtipos no se recogieron los términos “trastorno por estrés postraumático agudo” ni “trastorno por estrés postraumático crónico o retrasado” reflejados en el DSM III, sino que únicamente se hizo referencia a especificar si se trata de un inicio es demorado (en el caso de que los síntomas aparezcan al menos seis meses después del acontecimiento traumático).
 - Se incluyó el criterio E, que hacía referencia a la duración de la sintomatología (síntomas B, C y D), que debía ser por lo menos de un mes.

Tabla 1.2. Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático según DSM III (1980) y DSM III-R (1987).

Criterios DSM III (1980)	Criterios DSM III-R (1987)
<p>A. Existencia de un estrés reconocible, capaz de provocar síntomas significativos de malestar en casi todo el mundo.</p> <p>B. La reexperimentación del trastorno se pone de manifiesto al menos por un de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Recuerdos recurrentes e intrusivos del acontecimiento. 2) Sueños recurrentes del acontecimiento. 3) Comportamiento repentino o sentimientos también repentinos, como si el acontecimiento estuviera presente debido a una asociación con el estímulo ambiental o ideativo. 	<p>A. El individuo ha vivido un acontecimiento que se encuentra fuera del marco habitual de las experiencias humanas y que sería marcadamente angustiante para casi todo el mundo. Por ejemplo, amenaza grave para la propia vida o integridad física, amenaza o daño para los hijos, el cónyuge u otros parientes cercanos y amigos, destrucción súbita del hogar o de la comunidad. Observación de cómo una persona se lesiona gravemente o muere como resultado de un accidente o de violencia física.</p> <p>B. El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente por lo menos en una de las tres formas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Recuerdos desagradables, recurrentes e invasores, del acontecimiento. 2) Sueños desagradables y recurrentes sobre el acontecimiento. 3) Conductas y sentimientos súbitos que aparecen como si el agente traumático operara de nuevo (en estos fenómenos se incluyen la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones, y episodios disociativos (<i>flashback</i>), incluso cuando ocurren al despertar, o como consecuencia de alguna intoxicación por drogas. 4) Malestar psicológico intenso al exponerse a acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático, como puede ser su aniversario.

Criterios DSM III (1980)	Criterios DSM III-R (1987)
<p>C. Embotamiento de la capacidad de respuesta ante el medio externo y reducción de su implicación en él, que empieza en algún momento después del traumatismo, tal como se demuestra por al menos uno de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)Disminución notable del interés en una o más actividades significativas. 2)Sentimientos de separación o de extrañeza respecto de los demás. 3)Constricción del afecto. <p>D. Al menos dos de los síntomas siguientes no estaban presentes antes del traumatismo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)Estado de hiperalerta o respuesta de alarma exagerada. 2)Alteraciones del sueño. 3)Sentimientos de culpa por el hecho de sobrevivir cuando otros no pudieron hacerlo, o remordimientos por la conducta llevada a cabo para la supervivencia. 4)Afección de la memoria o dificultades de concentración. 5)Evitación de las actividades que evocan el recuerdo del acontecimiento traumático. 6)Intensificación de los síntomas frente a la exposición de acontecimientos que simbolizan o recuerdan el acontecimiento traumático. <p>Subtipos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)Trastorno por estrés postraumático agudo: comienza en los 6 meses posteriores al trauma y dura menos de 6 meses. 2)Trastorno por estrés postraumático crónico o retrasado: comienzo 6 meses después del trauma y con una duración mayor a 6 meses. 	<p>C. Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma o falta de capacidad general de respuesta (no existentes antes del trauma), puestas de manifiesto por al menos tres de los siguientes fenómenos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)Esfuerzos para evitar los pensamientos o las sensaciones asociadas al trauma. 2)Esfuerzos para evitar las actividades o las situaciones que provocan el recuerdo del trauma. 3)Incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma (amnesia psicógena). 4)Disminución marcada del interés en las actividades significativas. 5)Sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto de los demás. 6)Afecto restringido; por ejemplo incapacidad de experiencias amorosas. 7)Sensación de acortamiento del futuro (no se espera, por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos o una larga vida). <p>D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (no existentes antes del trauma), puestas de manifiesto por lo menos por dos de los siguientes fenómenos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)Dificultad para conciliar o mantener el sueño. 2)Irritabilidad o explosiones de ira. 3)Dificultad para la concentración. 4)Hipervigilancia. 5)Respuesta de alarma exagerada. 6)Reactividad fisiológica frente a la exposición a aquellos acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático. <p>E. La duración del trastorno (síntomas B, C y D) ha sido por lo menos de un mes.</p> <p>Subtipos:</p> <p>Especificar comienzo demorado si el inicio de los síntomas tuvo lugar al menos 6 meses después del trauma.</p>

Los criterios que se recogieron en la cuarta edición, **DSM IV** (APA, 1994), son muy similares a los de la edición anterior aunque supusieron modificaciones (véase Tabla 1.3) tanto en el criterio A, relativo al suceso estresante como en los criterios B, C y D, referidos a la sintomatología propia del TEPT. Estas modificaciones hicieron referencia a:

- Respecto al criterio A:
 - Se dejó al margen el planteamiento de ediciones anteriores que hacía referencia a la necesidad de tratarse de un acontecimiento que estuviera fuera del marco habitual de las experiencias humanas, y se hizo hincapié en el impacto emocional subjetivo de la persona (caracterizado por una respuesta de temor, desesperanza u horror intensos).
 - A raíz de esta edición se contempla que el acontecimiento traumático pudiera ser además de experimentado en primera persona, como se recogía en ediciones anteriores, presenciado o incluso sólo tener conocimiento de este.
- Respecto a los criterios B, C y D:
 - En el criterio B, se incluye un síntoma referido a respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático, y que en ediciones anteriores formó parte del criterio D y se denominó “síntomas diversos e inespecíficos “ (DSM III) y “aumento de la activación” (DSM III-R).
- Otras modificaciones:
 - En el apartado referido a subtipos además del inicio demorado (en el caso de que los síntomas apareciesen al menos seis meses después del acontecimiento traumático) ya recogido en el DSM III-R, se incluyeron otros dos subtipos referidos al desarrollo de los síntomas y que se denominaron: desarrollo agudo (cuando la duración de la sintomatología era menos de 3 meses) y desarrollo crónico (cuando la duración de la sintomatología era más de 3 meses). Estos últimos subtipos ya estuvieron presentes en el DSM III, pero se excluyeron en el DSM III-R.
 - Se incluyó el criterio F, que hacía referencia a que las alteraciones descritas en los criterios B, C y D provocaban un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Tabla 1.3. Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático según DSM IV (1994) y DSM IV-TR (2000).

Criterios DSM IV (1994) y DSM IV-TR (2000)
<p>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. 2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. <p>B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusivos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. 2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. 3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). 4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. 5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. <p>C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la actividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático. 2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma. 3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma. 4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas. 5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás. 6) Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor). 7) Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal). <p>D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño. 2) Irritabilidad o ataques de ira. 3) Dificultades para concentrarse. 4) Hipervigilancia. 5) Respuestas exageradas de sobresalto. <p>E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.</p> <p>F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>Subtipos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Inicio demorado: Los síntomas aparecen al menos seis meses después del acontecimiento traumático. 2) Desarrollo agudo: Duración de sintomatología menor a 3 meses. 3) Desarrollo crónico: Duración de sintomatología más de tres meses.

Posiblemente esta cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales fue la que supuso las modificaciones más importantes realizadas en las clasificaciones hasta el momento, ya que introdujo cambios que afectaron al concepto de acontecimiento traumático definido hasta el momento y a la población que podía ser diagnosticada de

TEPT, porque se recogió la posibilidad de ser diagnosticado únicamente presenciando el acontecimiento o teniendo conocimiento de este.

Además, en esta edición, se incluyó otra categoría vinculada con las reacciones al estrés también dentro de los trastornos de ansiedad, denominada Trastorno por Estrés Agudo (TEA) que fundamentalmente difiere del TEPT en el criterio temporal (véase Tabla 1.4), ya que el TEA no puede superar las 4 semanas y necesariamente los síntomas deben aparecer dentro del primer mes tras el suceso. Y porque el TEA dedica un criterio específico a los síntomas disociativos, mientras que en el cuadro de TEPT los síntomas disociativos forman parte del criterio B, reexperimentación.

Tabla 1.4. Criterios para el diagnóstico de Trastorno por estrés agudo (TEA) según DSM IV (1994).

Trastorno por estrés agudo (DSM-IV, 1994)
<p>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. 2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. <p>B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional. 2. Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido). 3. Desrealización. 4. Despersonalización. 5. Amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma). <p>C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.</p> <p>D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).</p> <p>E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).</p> <p>F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.</p>

Trastorno por estrés agudo (DSM-IV, 1994)

G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

La descripción del TEPT en la última clasificación del DSM (**DSM IV-TR**, APA, 2000) permaneció sin variación alguna, respecto a la edición anterior.

La clasificación de trastornos psiquiátricos de la Organización Mundial de la Salud, **CIE-10** (OMS, 1992), incluyó el TEPT dentro de “Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación”, junto con las siguientes categorías diagnósticas:

- Reacción a estrés agudo.
- Trastornos de adaptación.
- Otras reacciones graves a estrés.
- Reacción a estrés grave sin especificación.

Aunque en ambas clasificaciones, DSM y CIE, encontramos criterios similares para el diagnóstico del TEPT (véase Tabla 1.5) es importante detenernos a analizar las diferencias existentes entre ambas porque como veremos a continuación estas disparidades pueden plantear en ocasiones alguna disyuntiva, especialmente en lo referente al concepto sobre acontecimiento traumático que se recoge en cada clasificación.

Tabla 1.5. Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático según CIE-10 (1992).

Criterios CIE-10, 1992

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profundo disconfort en casi todo el mundo.

B. Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas (<i>flashbacks</i>), recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.
--

C. Evitación de circunstancias parecidas relacionadas con el acontecimiento traumático.

D. Una de las dos:

1. Incapacidad para recordar parcial o totalmente aspectos importantes del periodo de exposición al agente estresante.
2. Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación, manifestados por al menos dos de los síntomas siguientes:
 - a) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
 - b) Irritabilidad.
 - c) Dificultad de concentración.
 - d) Facilidad para distraerse.
 - e) Sobresaltos y aprensión exagerados.

E. Los criterios B, C, y D se cumplen en los 6 meses posteriores al acontecimiento estresante o del fin de periodo de estrés (si el inicio de los síntomas se produce tras más de 6 meses es necesario especificarlo).

- Respecto al criterio A:
 - Posiblemente, este sea el aspecto distintivo más relevante de la CIE-10 respecto al DSM IV-TR, ya que mientras que la CIE-10 delimita la caracterización del acontecimiento traumático a través de la naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica de este, el DSM IV-TR incide en la valoración subjetiva que la persona que vive el acontecimiento hace sobre este. En clasificaciones DSM anteriores (e.g. DSM III-R) la concepción sobre el acontecimiento traumático (naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profundo discomfort en casi todo el mundo) fue muy similar a la que actualmente se defiende desde la CIE-10.
- Teniendo en cuenta estas diferentes concepciones sobre el acontecimiento traumático, podemos afirmar que la CIE-10 delimita el tipo de acontecimiento traumático por las características propias de este, mientras que en el DSM IV-TR se define el acontecimiento como traumático en la medida que la persona lo ha vivido con terror, desesperanza u horror, por lo que la clasificación DSM vigente en la actualidad recoge un rango más amplio de acontecimientos traumáticos.

- Respecto a los criterios B, C y D:
 - En el criterio C, no se incluye el embotamiento emocional, recogido en el DSM IV-TR, como un criterio imprescindible para el diagnóstico de TEPT. Además el número de síntomas necesarios para cumplir el criterio diagnóstico C - evitación en la CIE-10 es uno, mientras que en el DSM IV-TR son tres.
 - En el criterio D, que no recibe una denominación concreta en la CIE-10, se recogen los aspectos correspondientes al criterio de hiperactivación del DSM IV-TR y además se incluye un síntoma sobre amnesia (incapacidad para recordar parcial o totalmente aspectos importantes del periodo de exposición al agente estresante) que en la clasificación DSM correspondía con el grupo de síntomas del criterio C - evitación.
- Otras diferencias:
 - En el criterio temporal, la CIE-10, recoge la posibilidad de un curso crónico en el trastorno, en aquellos sujetos que éste persiste durante muchos años, pero no especifica el tiempo necesario de la duración de síntomas para considerarlo crónico, como si se detalla en el DSM IV-TR (duración de sintomatología más de tres meses) para determinar el curso del trastorno.
 - La CIE-10 contempla las reacciones graves a estrés dentro de un proceso que supuso, como se ha enunciado con anterioridad, la inclusión de otros trastornos próximos al TEPT, como la “Reacción a estrés agudo” y la “Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica” (véase Tabla 1.6).
 - La CIE-10 determina factores agravantes del cuadro (consumo excesivo de alcohol o sustancias psicotropas) que no aparecen mencionados en la clasificación DSM IV-TR.

Tabla 1.6. Criterios para el diagnóstico de Reacción a estrés agudo y Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica según CIE-10 (1992).

Reacción a estrés agudo (CIE-10, 1992)	Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica (CIE-10, 1992)
<p>Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan a lo sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato. Además los síntomas:</p> <p>a) Se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de "embotamiento", depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, aunque ninguno de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo.</p> <p>b) Tienen una resolución rápida, como mucho en unas pocas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante. En los casos en que la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días.</p> <p>Incluye: Crisis aguda de nervios, reacción aguda de crisis, fatiga de combate y "shock psíquico".</p>	<p>La transformación de la personalidad debe ser persistente y manifestarse como rasgos rígidos y desadaptativos que llevan a un deterioro de las relaciones personales y de la actividad social y laboral. Por lo general, la transformación de la personalidad debe ser confirmada por la información de un tercero. El diagnóstico esencialmente se basa en la presencia de rasgos previamente ausentes como, por ejemplo:</p> <p>a) Actitud permanente de desconfianza u hostilidad hacia el mundo.</p> <p>b) Aislamiento social.</p> <p>c) Sentimientos de vacío o desesperanza.</p> <p>d) Sentimiento permanente de "estar al límite", como si se estuviera constantemente amenazado.</p> <p>e) Vivencia de extrañeza de sí mismo.</p> <p>Esta transformación de la personalidad debe haber estado presente por lo menos durante dos años y no debe poder ser atribuida a un trastorno de la personalidad preexistente o a un trastorno mental distinto del trastorno de estrés postraumático.</p> <p>Incluye: Transformación de la personalidad tras experiencias de campo de concentración, desastres y catástrofes, cautiverio prolongado con peligro inminente de ser ejecutado, exposición prolongada a situaciones amenazantes para la vida como ser víctima de un acto terrorista o de tortura.</p>

1.3 Problemática del diagnóstico y clasificaciones del Trastorno de Estrés Postraumático.

La gran mayoría de las dificultades que han acompañado a lo largo de la historia al diagnóstico de TEPT, según se ha recogido en el apartado anterior, están relacionadas con la definición de acontecimiento traumático y las posibles repercusiones que de esta se pueden derivar.

Aunque contamos con tipologías de acontecimientos traumáticos (véase Tabla 1.7), la descripción como tal de acontecimiento traumático presenta ciertas controversias.

Tabla 1.7. Tipos de acontecimientos traumáticos (Meichenbaum, 1994).

Tipos de acontecimientos traumáticos
<p>Acontecimiento traumático simple.</p> <p>Peligroso, perjudicial, amenazador, a menudo imprevisto y abrumador para casi todo el mundo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desastres naturales: inundaciones, terremotos... - Desastres accidentales: coche, tren, explosión, accidente químico, avión, incendio... - Desastres de diseño humano intencional: bombardeo, atentado terrorista, violación, agresión, disparos... <p>Trauma repetido, prolongado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Natural: Exposición a la radiación, enfermedad... - Ejecución humana intencional: abuso sexual, maltrato doméstico, prisioneros... <p>Exposición indirecta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hijos de supervivientes. - Exposición a la experiencia traumática de alguien muy cercano, o cercanía situacional al propio lugar del suceso. <p>Traumas Tipo I.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hechos traumáticos simples. - Experiencias traumáticas aisladas. - Hechos repentinos inesperados y devastadores. - Duración limitada. - Desastres naturales, accidentes de coche. - Los hechos se recuerdan con detalle. - Mayor probabilidad de síntomas de idea intrusiva, evitación y síntomas de hiperactividad. - Recuperación rápida más probable. <p>Traumas Tipo II.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traumas variables, múltiples, crónicos y permanentes. - Con más probabilidad de ejecución humana intencional.

Las dificultades que presenta la definición de acontecimiento traumático podría llegar a estar algo justificada, por la importancia que supone para el propio diagnóstico de TEPT, ya que el acontecimiento traumático es el origen del cuadro diagnóstico porque se realiza en primer lugar en función de la etiología y no de la sintomatología que presenta la persona.

La definición y caracterización del concepto “acontecimiento traumático” ha ido fluctuando en las clasificaciones diagnósticas en lo referente a enmarcar el acontecimiento como un suceso poco habitual y marcadamente angustiante para todo el mundo o describirlo como un suceso en el que la vivencia subjetiva (miedo, indefensión u horror) de la persona es fundamental para que se determine como acontecimiento traumático.

Aunque posiblemente la inclusión en las clasificaciones diagnósticas de la definición de acontecimiento traumático, teniendo en cuenta la experiencia subjetiva de la persona, tuvo como objetivo facilitar la comprensión de este concepto, las investigaciones realizadas desde entonces e incluso las valoraciones profesionales en la comunidad científica han puesto de manifiesto las dificultades que ha supuesto ampliar el abanico de acontecimientos.

Entre estas dificultades, cabe destacar; la posibilidad de encontrarnos a personas diagnosticadas de TEPT a partir de acontecimientos absolutamente distantes como puede ser un superviviente de un campo de concentración y una persona que ha sufrido una caída en su domicilio, en los que la sintomatología puede ser también tan diversa que podrían parecer hasta cuadros diagnósticos diferentes.

La valoración emocional que la persona hace sobre el acontecimiento vivido está relacionada con un importante número de variables que hacen prácticamente imposible, de antemano, la previsión de la reacción de la persona. Entre estas cabe destacar (Brewin, 1995):

- Historia vital de la persona, en la que se incluirían las vivencias de otros acontecimientos vividos, suponiendo un importante factor predisponente para el desarrollo del TEPT las conductas de evitación y negación presentadas previamente en la vivencia de acontecimientos traumáticos.
- Nivel de salud física y mental premórbido. Siendo los antecedentes de enfermedades mentales el factor predictivo más importante para la predicción de un cuadro de TEPT.
- Apoyo social percibido durante el acontecimiento (Foa y Riggs, 1995).

- Recursos percibidos por la persona para enfrentarse a la situación vivida o como Cazabat y Costa (2000) lo denominaron, “autoeficacia percibida”.

Por todo ello, se han planteado estudios sobre la sintomatología postraumática de forma específica en los distintos grupos de personas en función del acontecimiento vivido, encontrado que efectivamente según el acontecimiento vivido prevalecían unos síntomas sobre otros o incluso aumentaba la probabilidad de desarrollar un TEPT (Breslau, Peterson, Poisson, Scheltz y Lucia, 2004). Las características propias del acontecimiento que han sido señaladas como facilitadores (Echeburúa y Corral, 1995) para el inicio del TEPT son:

- Elevada intensidad del acontecimiento.
- Alta frecuencia del acontecimiento.
- Exposición al acontecimiento en edades tempranas.
- Que el agente causante del acontecimiento sea el ser humano.

Por lo tanto parece, que el concepto de acontecimiento traumático se enmarca dentro de una matriz de variables bastante compleja que supone contemplar aspectos muy diversos relacionados tanto con el acontecimiento como con la persona y que se pueden combinar de múltiples maneras. Así, la modificación de una sola variable de la matriz podría suponer variaciones importantes (e.g. si la persona cuenta o no con apoyo social).

Posiblemente esta gran cantidad de variables relacionadas con el concepto de estrés postraumático hayan dificultado la posibilidad de desarrollar una descripción consensuada y aprobada por la comunidad científica para el concepto de acontecimiento traumático. Situación que de alguna manera debe ser solucionada porque en función de la definición de acontecimiento traumático que asumamos podríamos encontrar variaciones respecto a la epidemiología del trastorno.

Otra de las dificultades que ha acompañado al concepto de TEPT hace referencia a su estrecha relación con otro grupo de trastornos con los que comparten determinados síntomas, como son los trastornos del estado del ánimo. Así en la Tabla 1.8 se presenta a modo de ejemplo los síntomas

incluidos en el TEPT que también forman parte del Episodio Depresivo Mayor.

Tabla 1.8. Criterios comunes entre el TEPT y el Episodio Depresivo Mayor según la clasificación DSM IV-TR (2000).

Criterios DSM IV -TR (2000) para el TEPT	Criterios DSM IV- TR (2000) para el Episodio Depresivo Mayor
Criterio C - Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.	Criterio A - Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día.
Criterio D - Dificultades para conciliar o mantener el sueño. - Dificultades para concentrarse.	- Insomnio o hipersomnia casi cada día. - Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.

Esta situación también se da con los *trastornos de ansiedad*; así el *trastorno por estrés agudo* (TEA) presenta grandes similitudes con el TEPT diferenciándose exclusivamente por un criterio temporal que puede presentar alguna controversia. Esto es, si el cuadro por estrés agudo supone una respuesta frente a un acontecimiento traumático con una duración máxima de un mes, que pasará a formar parte de un cuadro de TEPT cuando supere este criterio temporal, entonces ¿No estamos refiriéndonos al mismo cuadro pero con una mayor proyección temporal?

Si bien es cierto que no es fácil encontrar una respuesta a esta pregunta, si que contamos con datos de diversos estudios (Brewin, Andrews, Rose y Kirk, 1999; Bryant y Harvey, 1998; Harvey y Bryant, 1998; Holeva et al., 2001; Schnyder, Moergeli, Klaghofer y Buddeberg, 2001; Staab, Grieger, Fullerton y Ursano, 1996) que corroboran la estrecha relación entre estos dos cuadros diagnósticos.

Estos estudios reflejan, tal y como puede observarse en la Tabla 1.9, que entre el 30% y el 83% de las personas que fueron diagnosticadas de TEA posteriormente desarrollaron un TEPT. Sin embargo, las personas con un diagnóstico de TEPT habían recibido con menos frecuencia (entre un 10% un 72%) un diagnóstico de TEA, lo cual posiblemente este vinculado con el limitado criterio temporal del TEA, ya que para cumplir los criterios diagnósticos propuestos para este cuadro clínico es necesario que la

sintomatología no supere el mes y esto puede suponer que algunas de las personas diagnosticadas de TEPT no fuesen evaluadas en el primer mes tras sufrir el acontecimiento traumático y por lo tanto ya no podrían recibir el diagnóstico de TEA.

Tabla 1.9. Estudios prospectivos sobre el Trastorno de Estrés Agudo (Wilson y Keane, 2004).

Tipo de acontecimiento	Estudio	Personas con TEA que desarrollan TEPT	Personas con TEPT diagnosticadas de TEA
Accidentes de coche	Harvey y Bryant (1998)	78%	39%
Lesión Cerebral	Bryant y Harvey (1998)	83%	40%
Asalto	Brewin et al. (1999)	83%	57%
Accidentes de coche	Holeva et al. (2001)	72%	59%
Accidentes de coche	Creamer et al. (2004)	30%	34%
Accidentes de coche	Schnyder et al. (2001)	34%	10%
Tifón	Staab et al. (1996)	30%	37%
Accidentes de coche	Harvey y Bryant (1999)	82%	29%
Lesión cerebral	Harvey y Bryant (2000)	80%	72%

También, en los *trastornos adaptativos* descritos en la clasificación DSM IV-TR encontramos una estructura clínica con importantes similitudes al cuadro de TEPT. En este cuadro se describe (véase Tabla 1.10) la aparición de una sintomatología como respuesta a un estrés identificable. La sintomatología o comportamientos que se describen presentan cierto grado de inespecificidad porque al definirlo como “malestar mayor de lo esperable” queda sujeto a un criterio muy subjetivo la valoración de “mayor de lo esperable”.

Aunque el criterio diferenciador con el TEPT en este caso podría estar en el aspecto temporal (duración inferior a 6 meses), se hace muy complicada esta distinción porque el criterio temporal está sujeto a que el estresante o sus consecuencias hayan cesado. Por lo que sino es así podría ir más allá de los 6 meses y entonces entraríamos en la banda temporal del TEPT, sin poder establecer el criterio diferenciador.

Tabla 1.10. Criterios para el diagnóstico de Trastornos adaptativos según DSM IV-TR (2000).

Trastornos adaptativos (DSM IV-TR, 2000)
<p>A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.</p> <p>B. Estos síntomas o comportamientos se expresan clínicamente del siguiente modo:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.2. Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica). <p>C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.</p> <p>D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.</p> <p>E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.</p> <p>Especificar si:</p> <p>Con estado de ánimo depresivo. Con ansiedad. Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Con trastorno de comportamiento. Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento. No especificado.</p>

Además el diagnóstico de TEPT también presenta aspectos comunes al *duelo* (véase Tabla 1.11) clasificado dentro de los problemas que puede ser objeto de atención clínica en la clasificación DSM IV-TR. Tizón (2004) afirma que la primera forma de manifestarse un duelo patológico puede ser mediante un trastorno adaptativo que si, además, es muy agudo o desorganizador puede evolucionar hacia un cuadro de TEPT. Por lo que un proceso de duelo importante puede conllevar los síntomas del TEPT.

Tabla 1.11. Criterios para el Duelo según DSM IV-TR (2000).

Duelo (DSM IV-TR, 2000)
<p>El objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona querida. Como parte de su reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (p. ej., sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso). La persona con duelo valora el estado de ánimo depresivo como "normal", aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar los síntomas asociados como el insomnio y la anorexia. La duración y la expresión de un duelo "normal" varía considerablemente entre los diferentes grupos culturales. El diagnóstico de trastorno depresivo mayor no está indicado a menos que los síntomas se mantengan 2 meses después de la pérdida. Sin embargo, la presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo "normal" puede ser útil para diferenciar el duelo del episodio depresivo mayor. Entre aquellos se incluyen:</p> <ol style="list-style-type: none">1. La culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida.2. Pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida.3. Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad.4. Inhibición psicomotora acusada.5. Deterioro funcional acusado y prolongado.6. Experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.

Las dificultades para establecer límites diferenciadores entre el TEPT y los trastornos expuestos con anterioridad suponen una repercusión sobre la caracterización clínica del cuadro que se ha visto reflejada en las clasificaciones diagnósticas, ya que estas han sufrido a lo largo de la historia inclusiones y exclusiones de diversos síntomas correspondientes al TEPT, como el referido a los posibles sentimientos de culpa o remordimientos por lo sucedido durante el acontecimiento, que continuamente ha sido incluido o excluido en cada revisión del DSM. Además, se ha puesto en entredicho incluso la propia estructura sintomática del TEPT recogida en la clasificación diagnóstica actual (reexperimentación, evitación – embotamiento e hiperactivación) porque parece que otros modelos factoriales aportan mejores estructuraciones del trastorno según las investigaciones realizadas (Amdur y Liberzon, 2001; Asmundson et al., 2000). Especialmente, ofrecen mejores resultados los modelos factoriales que abogan por separar la sintomatología de evitación de la de embotamiento afectivo.

Tal ha sido la controversia respecto a la estructuración clínica del cuadro, que algunos autores (Hickling y Blanchard, 1992) han llegado incluso

a describir un subsíndrome del propio cuadro de TEPT que había sido observado principalmente en accidentes de tráfico y posteriormente en personas expuestas a otros acontecimientos (Rincón, Labrador, Arinero y Crespo, 2004; Shelby, Golden-Kreutz y Andersen, 2008) pero que no ha sido recogido en las clasificaciones diagnósticas. Este subsíndrome se caracterizaba por un miedo intenso a que el accidente se pueda volver a repetir y por un incremento en la desconfianza e inseguridad, tanto en la conducción como en el pasaje. También, el síndrome se caracteriza por una mayor presencia de síntomas relacionados con reexperimentación del accidente (e.g. en forma de pesadillas, recuerdos intrusivos y hostigadores, emociones y sensaciones corporales intensas, ...) y de hiperactivación general del sistema nervioso autónomo (e.g. nerviosismo, cambios en la conducta normal del sueño, hipervigilancia y una respuesta de sobresalto e inquietud exagerada, ...), y una menor manifestación de conductas evitativas (e.g. evitación de lugares, situaciones y personas que puedan hacer recordar el accidente, ...), de embotamiento afectivo y síntomas disociativos (e.g. aturdimiento, vacío existencial, desapego hacia los demás, incredulidad, ...).

A partir de lo expuesto con anterioridad podemos concluir que parece que contamos con diversos trastornos (trastorno por estrés agudo, trastornos adaptativos y duelo) que tienen una vinculación muy importante con el TEPT y que en ocasiones se hacen difícilmente diferenciables, fundamentalmente por las razones que a continuación se citan:

- Las dificultades relacionadas con el concepto de acontecimiento traumático.
- La limitada estructuración clínica del trastorno, ya que fundamentalmente el cuadro diagnóstico ha estado vinculado a la etiología de este.
- Las dificultades inherentes a las clasificaciones diagnósticas al limitarse exclusivamente a describir cuadros psicopatológicos.

Con el fin de solventar las dificultades señaladas con anterioridad desde el año 2000 se han realizado numerosas investigaciones sobre el TEPT. Estos estudios han estado vinculados a la realidad social vivida en estos años, especialmente a los atentados del 11 de septiembre en Nueva

York, a las guerras de Afganistán e Irak, al terremoto del Océano Índico (Tsunami asiático) y a los atentados del 11 de marzo en Madrid (Schnurr, 2010). Los resultados obtenidos en estas investigaciones han servido de apoyo para las modificaciones en el cuadro diagnóstico del TEPT que recientemente han sido publicadas por la APA en el **borrador del DSM V** (APA, 2010). La propuesta (véase Tabla 1.12) desarrollada para el TEPT supone las siguientes modificaciones respecto a las ediciones anteriores:

- Respecto al criterio A:
 - La definición de acontecimiento traumático se mejora para facilitar la diferencia entre acontecimiento traumático y acontecimiento estresante que no llega al umbral de traumático. Además, esta edición parece que va a prescindir del actual criterio A2 (La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos) que pone gran valor en el impacto emocional subjetivo de la persona, por considerarlo carente de utilidad.

- Respecto a los criterios B, C y D:

- En el criterio B:

El síntoma B1 (Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusivos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones) distingue entre síntomas espontáneos o con antecedentes.

El síntoma B2 (Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar) supone ligeras variaciones para facilitar su aplicabilidad a otras culturas.

El síntoma B3 (El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo; se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse) únicamente clarifica que los *flashback* son experiencias disociativas.

El síntoma B4 (Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático) no sufre modificaciones.

El síntoma B5 (Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático) sólo supone ligeras modificaciones.

- En el criterio C:

El síntoma C1 (Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático) prácticamente no sufre modificaciones, salvo que se enfatiza en el aspecto de evitación.

El síntoma C2 (Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma) permanece igual pero se desglosa en dos síntomas; por un lado, las actividades, lugares, espacios físicos, o fechas (por ejemplo, las reacciones de aniversario) que motivan recuerdos relacionados con el acontecimiento traumático (C2) y por otro lado, la gente, conversaciones, o situaciones interpersonales que motivan recuerdos relacionados con el acontecimiento traumático (C3).

Los síntomas recogidos en el DSM IV-TR en el criterio C referidos a embotamiento pasarán a estar en un nuevo criterio, separado por tanto de la sintomatología referida a evitación, ya que los estudios factoriales parecen apoyan esta propuesta. Este nuevo criterio (D) se enunciará como “alteraciones negativas en las cogniciones y del estado de ánimo”.

- En el criterio D:

El síntoma C3 (Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma), además de que pasa a ser el síntoma D1, parte del nuevo criterio diagnóstico, no sufre grandes modificaciones porque sólo se incluye de manera más explícita el concepto de amnesia disociativa.

El síntoma C4 (Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas) que pasa a ser el síntoma D5 no sufre modificaciones.

El síntoma C5 (Sensación de desapego o enajenación frente a los demás) que pasa a ser el síntoma D6 no sufre modificaciones.

El síntoma C6 (Restricción de la vida afectiva, e.g. incapacidad para tener sentimientos de amor) que pasa a ser el síntoma D7 no sufre modificaciones.

Además de estos criterios, procedentes del criterio diagnóstico actual C “evitación y embotamiento afectivo” se incluyen otros tres síntomas que se recogen en D2, D3 y D4.

El síntoma D2 supone una reformulación del síntoma C7 (Sensación de un futuro desolador; e.g. no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal) de la actual clasificación DSM IV-TR pero con especial énfasis en las cogniciones negativas sobre uno mismo, sobre los otros y sobre el futuro.

El síntoma D3 es nuevo y recoge el posible sentimiento de culpa persistente sobre uno mismo, sobre los otros o sobre la causa o las consecuencias del acontecimiento traumático.

El síntoma D4 también es nuevo y enfatiza en los diversos estados emocionales negativos como miedo, horror, ira, culpa o vergüenza.

- En el criterio E:

Este nuevo criterio E se enunciará como “alteraciones en la activación y reactividad”. Y recoge buena parte de los síntomas del criterio D del DSM IV-TR.

El síntoma E1 es una reformulación del síntoma D2 (Irritabilidad o ataques de ira) recogido en el DSM IV-TR pero en el que se presta especial atención al comportamiento agresivo.

El síntoma E2 es nuevo y recoge el posible comportamiento temerario o auto-destructivo que puede presentar la persona.

El síntoma E3 (Hipervigilancia) que en la actual clasificación es el síntoma D4 no sufre modificaciones.

El síntoma E4 (Respuestas exageradas de sobresalto) que en la actual clasificación es el síntoma D5 no sufre modificaciones.

El síntoma E5 (Dificultades para concentrarse) que en la actual clasificación es el síntoma D3 no sufre modificaciones.

El síntoma E6 (Trastornos del sueño - por ejemplo, dificultad para quedarse o permanecer dormido) que en la actual clasificación es el síntoma D1 no sufre modificaciones.

- En el criterio F:
El criterio F (Estas alteraciones; síntomas de los Criterios B, C, D y E, se prolongan más de 1 mes) que en la actual clasificación es el criterio E, referido a la duración de la sintomatología no sufre modificaciones.
- En el criterio G:
El criterio G (Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo) que en la actual clasificación es el criterio F, referido a la afectación de la persona en diversas áreas no sufre modificaciones.
- Otras modificaciones:
De los subtipos de TEPT señalados en la clasificación actual, el desarrollo agudo (duración de sintomatología menos de 3 meses) y desarrollo crónico (duración de sintomatología más de 3 meses) posiblemente sean eliminados porque no parecen aportar información relevante al cuadro diagnóstico. Y el subtipo demorado (los síntomas aparecen al menos 6 meses después del acontecimiento traumático) está en estudio.

Tabla 1.12. Propuesta para los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático DSM-V (2010).

Criterios DSM V (Propuesta, 2010)
<p>A. La persona ha estado expuesta a: muerte o amenaza de muerte o peligro de daño grave, o violación sexual real o amenaza, en una o más de las siguientes maneras:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Experimentar uno mismo el acontecimiento. 2) Ser testigo del acontecimiento que le ha ocurrido a otro. 3) Tener conocimiento de un acontecimiento que le ha ocurrido a alguien cercano o a un amigo. 4) Experimentar exposiciones repetidas o de extrema aversión a detalles del acontecimiento (por ejemplo personal de emergencias que recoge partes de cuerpo; agentes de policía expuestos repetidamente a detalles sobre abuso infantil). <p>B. Síntomas intrusivos que están asociados con el acontecimiento traumático (iniciados después del acontecimiento traumático), tal y como indican una (o más) de las siguientes formas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Recuerdos dolorosos del acontecimiento traumático, espontáneos o con antecedentes recurrentes, e involuntarios e intrusivos. 2) Sueños recurrentes angustiosos en los que el contenido y / o la emoción del sueño están relacionado con el acontecimiento. 3) Reacciones disociativas (por ejemplo, <i>flashbacks</i>) en el que el individuo se siente o actúa como si el acontecimiento traumático estuviese ocurriendo (estas reacciones pueden ocurrir en un continuo, en el que la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno). 4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. 5) Importantes respuestas fisiológicas al recordar el acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos relacionados con el acontecimiento traumático (iniciados después del acontecimiento traumático), a través de la evitación de una (o más) de las siguientes formas:

- 1) Pensamientos, sentimientos o sensaciones físicas que motivan recuerdos relacionados con el acontecimiento traumático.
- 2) Actividades, lugares, espacios físicos, o fechas (por ejemplo, las reacciones de aniversario) que motivan recuerdos relacionados con el acontecimiento traumático.
- 3) Gente, conversaciones, o situaciones interpersonales que motivan recuerdos relacionados con el acontecimiento traumático.

D. Alteraciones negativas en las cogniciones y del estado de ánimo que se asocian con el acontecimiento traumático (iniciadas o empeoradas después del acontecimiento traumático), tal y como indican tres (o más) de las siguientes formas:

- 1) Incapacidad para recordar un aspecto importante del acontecimiento traumático (normalmente amnesia disociativa, no debida a lesiones en la cabeza, alcohol o drogas).
- 2) Persistente y exageradas expectativas negativas sobre uno mismo, otros, o sobre el futuro (por ejemplo, "estoy mal", "no se puede confiar en nadie", "he perdido mi ser para siempre", "todo mi sistema nervioso está destruido", "el mundo es un lugar peligroso").
- 3) Culpa persistente sobre uno mismo o sobre los otros sobre la causa o las consecuencias del acontecimiento traumático.
- 4) Generalizado del estado emocional negativo - por ejemplo: miedo, horror, ira, culpa o vergüenza.
- 5) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
- 6) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
- 7) Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor, anestesia psíquica).

E. Alteraciones en la activación y reactividad que están asociados con el acontecimiento (iniciadas o empeoradas después del acontecimiento traumático), tal y como indican tres (o más) * de las siguientes formas:

- 1) Comportamiento irritable, enojado o agresivo.
- 2) Comportamiento temerario o auto-destructivo.
- 3) Hipervigilancia.
- 4) Respuestas exageradas de sobresalto.
- 5) Dificultades para concentrarse.
- 6) Trastornos del sueño - por ejemplo, dificultad para quedarse o permanecer dormido.

* Los síntomas necesarios para el cumplimiento de este criterio serán contrastados con datos a nivel empírico.

F. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C, D y E) se prolongan más de 1 mes.

G. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Subtipos.

En estudio.

Por lo tanto, a modo de resumen podemos concluir que el borrador del cuadro diagnóstico del TEPT en su quinta edición supone fundamentalmente los siguientes cambios:

- La supresión del criterio A2, referido a la vivencia emocional subjetiva de la persona respecto al acontecimiento traumático.
- El desglose del criterio C – evitación y embotamiento afectivo en dos criterios diagnósticos:

C.Evitación persistente de estímulos relacionados con el acontecimiento traumático.

D.Alteraciones negativas en las cogniciones y del estado de ánimo que se asocian con el acontecimiento traumático.

- Posible supresión de los subtipos agudo, crónico y demorado.

1.4 Epidemiología del Trastorno de Estrés Postraumático.

1.4.1 Prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático.

A lo largo de nuestra vida las personas vivimos de 1 a 5 acontecimientos traumáticos (Breslau et al., 1998 y Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson, 1995). En concreto, el *National Comorbidity Survey* (Kessler et al., 1995) y Yasan, Saka, Ozkan y Ertem (2009) sitúan entre el 53% - 60% en hombres y en entorno al 44% - 50% en mujeres la probabilidad de exposición al menos a un acontecimiento traumático a lo largo de la vida. Otros autores apuntan que entorno al 50 % las personas vivimos al menos dos acontecimientos traumáticos (Stein, Walter, Hazen y Forde, 1997).

La probabilidad de exposición a los acontecimientos traumáticos puede estar relacionada con determinados factores de riesgo (Bobes et al., 2000) que faciliten esta situación. Estos factores hacen referencia a aspectos demográficos, conductuales y al historial psicológico de la persona, tales como; sexo varón, raza negra, bajo nivel educativo, problemas conductuales tempranos, separación temprana, historia familiar de depresión, ansiedad, psicosis, alcohol, drogas y comportamiento antisocial.

Por ello, la prevalencia de exposición a los acontecimientos traumáticos puede variar en función del estudio de referencia (véase Tabla 1.13) puesto que las características de la población de estudio e incluso el mismo lugar geográfico de este pueden ser determinantes. Un claro ejemplo de hasta dónde pueden influir estos factores lo encontramos en los datos arrojados en el estudio de Norris, Murphy, Baker y Perilla (2004), ya que la diferencia de prevalencia en la vivencia de acontecimientos traumáticos a lo

largo de la vida entre población chilena (39,7%) y mexicana (77%) era del doble en este último caso.

No obstante, a partir de los datos arrojados en los estudios podemos concluir que a nivel general, en los casos en los que no se encuentran diferencias significativas en cuanto a la prevalencia por sexos, los siguientes acontecimientos se presentan como más prevalentes: muerte inesperada de un ser querido, vivir un asalto con violencia, vivir un accidente con riesgo para la vida y sufrir una catástrofe natural.

De forma más específica (véase Tabla 1.13) para los varones, los acontecimientos más prevalentes serían presenciar una agresión o asesinato, ser amenazado con un arma y sufrir un accidente de tráfico grave. Mientras que para las mujeres serían la violación y el acoso sexual (Kessler et al., 1995, Breslau et al., 1998; Helzer, Robins y Evoy, 1987; Pérez Benitez et al., 2009).

Tabla 1.13. Probabilidad de exposición a acontecimientos traumáticos según diversos estudios.

Estudio	Acontecimientos traumáticos más prevalentes
Breslau et al., 1998	Muerte inesperada de un amigo (60%) Presenciar una agresión o asesinato (29%) Accidente de tráfico grave (28%) Estar amenazado por un arma (25%)
Helzer, Robins y Evoy., 1987	Ser amenazado Presenciar una agresión o asesinato Sufrir un ataque físico Tener un accidente Combatir en una guerra Sufrir una catástrofe natural
Kessler et al., 1995	Ser testigo de una agresión o asesinato (35,6% hombres y 14,5% mujeres) Estar involucrado en un incendio, inundación u otra catástrofe natural (18,9% hombres y 15,2% mujeres)
Pérez Benitez et al., 2009	Accidente con riesgo para la vida (25% hombres y 13,8% mujeres) Ver a otro herido/morir (15,7% hombres y 12,1% mujeres) Accidente (13,3% hombres y 4,7% mujeres) Asalto físico (9,7% hombres y 6,0% mujeres) Desastre natural (8,0% hombres y 5,6% mujeres)

Aunque estos estudios ponen de manifiesto que el hombre tiene tasas de prevalencia más altas que las mujeres en lo referente a vivir un acontecimiento traumático a lo largo de su vida, son las mujeres las que parece que tras la vivencia de este acontecimiento traumático tienen mayor posibilidad de desarrollar un TEPT (véase Tabla 1.14) Tal y como refleja en estudio realizado por el *National Comorbidity Survey*, la probabilidad más alta de desarrollar un TEPT corresponde, tanto en hombres como en mujeres, con la vivencia de una violación, siendo del 65% en los varones y del 45,9% en las mujeres. Seguido, en el caso de los hombres, por combate en guerra, desatención, abusos en la infancia y acoso sexual. Y en el caso de las mujeres por abusos físicos en la infancia, ser amenazada con un arma y el acoso sexual.

Esta mayor vulnerabilidad en las mujeres para desarrollar TEPT aun cuando las tasas de exposición a acontecimientos traumáticos son mayores en hombres pueden ser debidas a multitud de variables como la probabilidad de desarrollar TEPT asociado a determinados acontecimientos (e.g. violación), o la prevalencia vital de este acontecimiento.

Además de la variable sexo, diversos meta-análisis (Brewin, Andrews y Valentine, 2000; Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003) han recogido otras variables enmarcadas dentro de los denominados factores de riesgo o protección para el desarrollo del TEPT, entre las que se encuentran: edad en el momento del acontecimiento traumático, falta de educación, baja inteligencia, historia previa de psicopatología, abusos en la infancia, acontecimientos previos vividos, historia familiar con antecedentes psicopatológicos, gravedad del acontecimiento, apoyo social y presencia de disociación. De todas ellas parece que las que han mostrado mayor impacto en la persona hacen referencia por un lado, a la vivencia del suceso, entre las que destacan la respuesta emocional del suceso y la sintomatología referida a disociación, y por otro lado a factores peritraumáticos, entre los que destacan el estrés vital de la persona y la falta de apoyo social.

Tabla 1.14. Probabilidad de desarrollar TEPT tras la exposición a un acontecimiento traumático (Nacional Comorbidity Survey, 1995).

Acontecimiento traumático	Varones (%)	Mujeres (%)
Violación	65,0%	45,9%
Acoso sexual	12,2%	26,5%
Agresión física	1,8%	21,3%
Combatir en una guerra	38,8%	-----
Enterarse de una desgracia	4,4%	10,4%
Amenaza con arma	1,9%	32,6%
Accidente de tráfico	6,3%	8,8%
Presenciar agresión o asesinato	6,4%	7,5%
Desatención en la infancia	23,9%	19,7%
Abusos físicos en la infancia	22,3%	48,5%

Los estudios epidemiológicos además de valorar los acontecimientos más prevalentes y sus repercusiones sobre un posible desarrollo del TEPT, también han analizado la prevalencia vital estimada del TEPT. Así, en Estados Unidos, se llevó a cabo un estudio, ya citado en el presente documento, a cargo del *National Comorbidity Survey* (Kessler et al., 1995) que evaluó siguiendo criterios DSM III-R a 5.877 personas entre 15 y 54 años con el fin de valorar, además de los tipos de acontecimientos traumáticos más a menudo asociados con el trastorno de estrés, la prevalencia vital estimada del TEPT. De este estudio se desprendieron principalmente los siguientes resultados, en lo relativo a la prevalencia:

- La prevalencia vital estimada del TEPT fue de 7,8%.
- La prevalencia vital estimada del TEPT fue más elevada en mujeres (10,4%) que en hombres (5%).

En 1998, Breslau et al., también en Estados Unidos, realizaron un estudio epidemiológico para conocer la prevalencia vital del TEPT, evaluando, mediante la versión IV de la *Diagnostic Interview Schedule*, a 2.181 personas con edades comprendidas entre los 18 y 45 años. La prevalencia vital del TEPT encontrada en este estudio fue de 9,2%.

En 2001, el *National Comorbidity Survey* realizó una replica del estudio que ellos mismos coordinaron en el año 1995. Este estudio epidemiológico se extendió desde el año 2001 al año 2003, puesto que supuso la evaluación,

siguiendo criterios DSM IV-TR, de una muestra de 9.282 americanos mayores de edad, de los que 5.692 participaron en el estudio de la prevalencia vital del TEPT.

Los resultados de este estudio estimaron que la prevalencia del TEPT entre los americanos adultos era de 6,8% (Kessler, Chi, Demler, Merikangas y Walters, 2005), siendo mayor la prevalencia encontrada en mujeres (9,7%) que en hombres (3,6%). Este mismo estudio se realizó a los doce meses y arrojó porcentajes inferiores a los encontrados con anterioridad, aunque se mantenía la prevalencia del TEPT en mujeres (5,2%) más alta que en hombres (1,8%). Los resultados encontrados en este estudio son, pues, bastantes similares a los encontrados en el estudio original en 1995.

En 2008, se publicaron los resultados de los datos epidemiológicos recopilados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1990 en 27 países. El informe de este estudio (Kessler et al., 2008) estimó que la prevalencia vital para el TEPT oscilaba entre 0,3% encontrado en China y 6,1% encontrado en Nueva Zelanda.

A nivel Europeo, contamos con un estudio (ESEMeD/MHEDEA, 2000) de referencia realizado en el 2004 en seis países europeos (Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda e Italia). En este, se evaluó mediante una entrevista, ajustada a criterios diagnósticos DSM IV, a un total de 21.425 personas mayores de edad y se encontró una prevalencia vital del TEPT muy inferior (1,9%) a la hallada en estudios con población americana. Aunque también en este estudio la prevalencia fue mayor entre el grupo de mujeres (1,3%) que de hombres (0,9%).

Frente a estas diferencias en las tasas de prevalencia encontradas entre población americana y europea es complejo establecer hipótesis porque todos los estudios referenciados anteriormente presentan alguna dificultad metodológica que debiera de ser tomada en consideración antes de pasar a hacer otro tipo de formulaciones. Entre estas cabe destacar, por un lado, que se trata de estudios transversales en los que no se cuentan con medidas repetidas, y por otro lado, que los criterios de evaluación aplicados en cada estudio corresponden con una edición de la clasificación diagnóstica diferente y que por lo tanto, los instrumentos de evaluación utilizados tampoco son los mismos. También supone algún problema que determinados estudios, como

los que se expondrán próximamente, evalúan la prevalencia vital del trastorno (cumple el diagnóstico en cualquier momento previo a la evaluación) mientras que otros se centran en la prevalencia actual (cumple el diagnóstico en el momento de la evaluación).

Respecto a la incidencia del cuadro de TEPT tras la exposición a un acontecimiento traumático señalar que a nivel general, se sitúa en torno al 25% en la población general (Breslau, 2001; Hidalgo y Davidson, 2000) pero este porcentaje puede variar notablemente en función del acontecimiento traumático vivido. Por ello a continuación nos vamos a detener en exponer de forma más específica la incidencia del TEPT en diversos acontecimientos traumáticos:

- Desastres naturales:

Los estudios sobre la prevalencia del TEPT en los desastres naturales se han centrado principalmente en evaluar los efectos de los huracanes y terremotos. En estos estudios se han encontrado que el 25% de la población evaluada que había sufrido un huracán cumplía criterios para un cuadro de TEPT y un 32% de los que había sufrido un terremoto cumplía criterios para un cuadro de TEPT (Carr, Lewin, Webster, y Kenardy, 1997; Norris et al., 2002). Además, estos estudios concluyeron que la variable apoyo social parecía un amortiguador frente al TEPT crónico, ya que parecía que la “comunidad de vecinos y amigos” eran fundamentales para poder apoyar las labores que una vez pasado el huracán o terremoto tenían que emprender y que en ocasiones suponían casi “reconstruir” su propia vida.

- Accidentes de transporte:

Los accidentes de transporte y en concreto los de circulación con vehículo, suponen en Europa y de forma especial en España la principal causa de mortandad entre los jóvenes menores de 30 años, siendo igualmente graves las secuelas físicas de aquellos que logran sobrevivir tras el accidente (Mayou y Bryant, 2002).

La prevalencia actual del TEPT encontrada en diversos estudios (Brom, Kebberr y Hofman, 1993; Ursano et al., 1999) que han evaluado personas que han sufrido un accidente de tráfico, estaba en torno al 20%. En

otros estudios (Gidron et al., 2001) se han encontrado prevalencias de TEPT tras sufrir un accidente de coche algo menores, entorno al 10%.

- Combate o zona de guerra:

Posiblemente la exposición a combate o zona de guerra es el acontecimiento traumático más estudiado desde las primeras referencias que encontramos sobre el concepto de estrés postraumático.

Kulka et al. (1990), realizaron un estudio con 3.016 americanos veteranos de Vietnam, seleccionados al azar, estimando que la prevalencia vital del TEPT se situaba en torno al 31% en los hombres y al 27% en las mujeres. También Keane et al. (1992) encontraron porcentajes de prevalencia similares en combatientes de Vietnam, en torno al 30%, aunque este porcentaje podía variar en función de las repercusiones que la exposición al combate hubiesen tenido para la persona, siendo el cautiverio la condición que arrojó mayor porcentaje de prevalencia respecto al TEPT (50%).

También, se han realizado estimaciones de la prevalencia actual del TEPT en veteranos de la Guerra del Golfo (Kang, Natelson, Mahan, Lee y Murphy, 2003), mediante estudios que han evaluado en torno a 11.500 veteranos, encontrando que la prevalencia actual del TEPT era del 12%.

Entre los estudios más recientes sobre conflictos bélicos encontramos el realizado por Hoge et al. (2004a) que estudiaron la repercusión en la Salud Mental del personal de servicio de la Guerra de Afganistán y de Irak, encontrando que entre el 12% y el 20% de los soldados e infantes que combatieron o estuvieron expuestos a zona de guerra en Irak presentaban un cuadro de TEPT, y que entre el 6% y el 11% de los soldados que combatieron o estuvieron expuestos a zona de guerra en Afganistán presentaban un cuadro de TEPT.

Los soldados de Kosovo manifestaron un cuadro de TEPT en porcentajes algo superiores (25%) al encontrado en los soldados de la Guerra de Afganistán y de Irak (Lopes Cardoso, Kaiser, Gotway y Agani, 2003).

Dentro de los estudios vinculados a este acontecimiento traumático, exposición a zona de combate o guerra, ha sido referenciado otro acontecimiento traumático que aunque no está relacionado propiamente con el conflicto bélico si está circunscrito al ámbito militar y que ha sido

denominado “*Trauma sexual militar* (MST)”. Por MST se entiende un acoso sexual o asalto sexual que ocurre en el ejército y que le puede pasar a hombres o mujeres. Este acontecimiento ha sido recogido como otro estresor durante la exposición a zona de combate, sin embargo no se cuenta con datos epidemiológicos porque la población que ha vivido el MST parece menos propensa a pedir ayuda (Hoge et al., 2004) ya que pueden ser vistos como débiles, ser tratados de manera diferente o que se pierda confianza en ellos.

- Violación o ataque sexual:

El estudio llevado a cabo por el *National Comorbidity Survey* (Kessler et al., 1995) identificó que tanto los hombres como las mujeres valoraban la violación, como el acontecimiento traumático con más probabilidades para desarrollar un TEPT. Teniendo los hombres una probabilidad mayor (65%) de desarrollar TEPT tras la vivencia de la violación.

Posiblemente se trate del acontecimiento traumático con la prevalencia actual más elevada, ya que se sitúa en torno al 50% y algunos autores (Golding, 1999) apuntan porcentajes de prevalencia de hasta el 70%.

Además el proceso a emprender tras una violación puede resultar tan doloroso que Khüne (1986) llegó a acuñar el término “victimización secundaria” para referirse a las consecuencias que la relación con profesionales no muy preparados para atender a estas personas podía causar. Toda esta situación posiblemente favorezca el mantenimiento del cuadro de TEPT en estas personas. Además, si la violación o el abuso sexual tuvieron su origen en la infancia todavía pueden incrementarse más los índices de prevalencia del TEPT en estas personas durante la etapa adulta (Coid, Petrukevitch y Cheng, 2003; Marty y Carvajal, 2005).

- Acoso o maltrato psicológico:

La situación de acoso o maltrato psicológico produce importantes desajustes en la salud mental de la persona que vive esta situación. Siendo el TEPT uno de los problemas de salud mental que se da con más frecuencia, y que arroja porcentajes de prevalencia actual entorno al 64% (Golding, 1999),

llegando incluso, según algunos autores, a alcanzar porcentajes entorno al 84% (Levendosky y Grahan – Bermann, 2000). También encontramos estudios con prevalencias más bajas (Echeburúa, Corral y Amor, 2002; Zubizarreta et al., 1994; Kessler et al., 1995), en torno al 50%, aunque continúa siendo un porcentaje muy elevado.

Además, si el maltrato es muy frecuente o implica agresiones sexuales, todavía aumenta más la posibilidad de desarrollar TEPT (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002; Dutton, Kaltman, Goodman, Weinfurt y Vankos, 2005; Woods, 2000).

- Actos terroristas:

Los estudios más recientes sobre las consecuencias psicológicas de los actos terroristas han tenido como escenario el atentado del 11 de Septiembre (11-S) en la ciudad de Nueva York y el atentado del 11 de Marzo en la ciudad de Madrid.

Tras los atentados del 11-S (Galea et al., 2002) la prevalencia del TEPT en Nueva York alcanzó la cifra de 7,5% en la población, llegando hasta un 20% en las personas que residían cerca de la zona cero. Incluso algunos autores (De Bocanegra y Brickman, 2004) han indicado porcentajes de prevalencia del TEPT entorno al 20% sin ser necesaria la residencia próxima a la zona cero.

En Madrid, tras los atentados del 11-M (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González y Galea, 2004) la cifra total de TEPT fue de un 2,3% en la población general de la ciudad, con un 4,3% en las zonas próximas a las explosiones.

Los estudios (Shalev y Freedman, 2005) sobre prevalencia actual del TEPT tras la vivencia de atentados terroristas se sitúan en torno al 37%.

- Enfermedad o intervención médica:

Desde hace relativamente poco tiempo las enfermedades o intervenciones médicas han sido reconocidas como un acontecimiento

susceptible de provocar consecuencias psicológicas en la persona. Así Chalfant, Bryant y Fulcher (2004) han sido pioneros en el estudio de las consecuencias psicológicas que podía tener en la persona el diagnóstico de la enfermedad de Esclerosis Múltiple, encontrando una prevalencia actual para el TEPT entorno al 15%. Porcentajes similares, entre el 5% y el 9% también se encontraron en estudios (Cordova et al., 1995 y Jacobsen et al., 1998) anteriores con pacientes diagnosticados de cáncer.

Los datos reflejados hasta el momento ponen de manifiesto las diferencias respecto a la prevalencia del TEPT en función del acontecimiento estudiado, obteniendo porcentajes de prevalencia especialmente altos, por encima de los demás acontecimientos traumáticos, las violaciones o ataques sexuales. Este dato parece en concordancia con los resultados obtenidos en el estudio realizado en el año 1995 por el *National Comorbidity Survey*, en el que tanto para hombres como para mujeres, la probabilidad mayor de desarrollar TEPT se asoció a violación.

Estos niveles tan elevados de prevalencia, sólo han sido superados, según los datos consultados en la literatura científica por las personas que sufrieron el holocausto y que fueron reclusos en campos de concentración. Estas personas llegaron a presentar, 40 años más tarde, en un 65% un diagnóstico de TEPT (Favaro, Rodella, Colombo y Santonastoso, 1999 y Landau y Litwin, 2000).

Los elevados niveles de prevalencia del TEPT encontrados en las personas que han sufrido una violación y en las personas que sufrieron el Holocausto correlacionan con los datos aportados por Echeburúa, Corral y Amor (1998) sobre las graves repercusiones que podían traer los acontecimientos causados por el hombre frente a los que no han sido causados por el hombre, y especialmente cuando estas acciones llevan consigo “intenciones malévolas”.

Aunque parece que todos los estudios se encaminan a apuntar que determinados acontecimientos traumáticos se asocian con mayor frecuencia con el desarrollo de TEPT y otros con menor frecuencia, creo que debiéramos

ser cautos en las interpretaciones que se puedan desligar de los datos epidemiológicos porque la lectura sobre este asunto deja entrever algunas dificultades metodológicas, tales como la aplicación de instrumentos de evaluación que no se ajustan a los criterios DSM, la selección de muestras poco representativas, el uso de diferentes criterios diagnósticos de evaluación y momentos de medida, así como el estudio de diferentes medidas de prevalencia (actual y vital).

Un buen ejemplo de la repercusión que la modificación de los criterios diagnósticos puede tener sobre la representatividad de un trastorno y sus repercusiones es el estudio llevado a cabo por Vázquez, Pérez-Sales y Matt (2006) que evaluaron a un total de 503 personas entre la tercera y cuarta semana tras los atentados del 11 de marzo en Madrid mediante la *PTSD Checklist-Civilian Version* (PCL; Weathers, Litz, Huska y Keane, 1994). En este estudio se encontró una prevalencia del TEPT del 13,3% cuando el punto de corte era >50 ; sin embargo acogerse al punto de corte >44 suponía que la prevalencia de TEPT disminuía hasta el 3,4%, siendo todavía inferior, 1,9%, si la evaluación se ajustaba al 100% a los criterios diagnósticos DSM.

Otro ejemplo, referido a la selección de las muestras y a la repercusión que esto puede suponer, se encontró en el estudio recientemente realizado con veteranos de la Guerra de Irak (Ramchand et al., 2010) en el que se encontró que el personal desplegado en la guerra que no buscó posteriormente ayuda presentaba unas tasas de prevalencia entre el 5% y el 20%, mientras que estas aumentaban notablemente, hasta el 50%, cuando se trataba de veteranos que solicitaban un tratamiento.

Otra dificultad al margen de las metodológicas, que está estrechamente relacionada con el propio acontecimiento, hace referencia a que determinados acontecimientos pueden, en ocasiones, estar formados por multitud de estresores que son difícilmente valorables en los estudios. Por ejemplo, no es lo mismo un estudio realizado con personas que han sufrido una violación en una ciudad occidentalizada que con mujeres refugiadas Bosnias, las cuales además de sufrir una violación, solían padecer también torturas. Sin embargo ambos acontecimientos posiblemente se clasifiquen

como violación en los estudios, y parece evidente que no se trata exactamente de lo mismo.

Esta misma situación ha sido señalada por algunos autores (Olivares, Sanz y Roa, 2004) cuando se refieren a la ambigüedad del estresor en referencia a la patología oncológica, al estar compuesta de múltiples estresores (diagnóstico, tratamiento, efectos aversivos, pronóstico de la enfermedad).

Por último, debiera tenerse en cuenta el momento de medida, ya que tal y como recoge Vázquez (2005) a partir del análisis de determinados estudios (Blanchard et al., 1996; Riggs, Rothbaumy y Foa, 1995; Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock y Walsh, 1992) las respuestas pueden presentar tal transitoriedad que en ocasiones las tasas de prevalencia se pueden ver reducidas a la mitad en tan sólo 6 meses.

1.4.2 Comorbilidad del Trastorno de Estrés Postraumático.

En apartados anteriores de este trabajo se ha señalado el elevado número de síntomas que el TEPT presenta en común con otros trastornos como los trastornos de ansiedad, del ánimo y adaptativos. Estos aspectos comunes no son sólo a nivel de sintomatología sino también en lo referente a las características clínicas y estructurales que el TEPT con otros cuadros diagnósticos.

Posiblemente esta situación de solapamiento esté asociada a la alta tasa de comorbilidad que se encuentra entre el TEPT con estos trastornos y con otros relacionados con el consumo de sustancias (APA, 2000).

Los trastornos que han presentado una mayor comorbilidad con el TEPT, entre el 60% y el 80% (Helzer, Robins y Evoy, 1987; Kessler et al., 1995) han sido, la depresión mayor, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la fobia simple, la agorafobia y el abuso o dependencia del alcohol.

De forma más específica, Kessler et al. (1995) encontraron que el 59% de los hombres y el 43,6% de las mujeres presentaban al menos tres o más diagnósticos además del diagnóstico de TEPT (véase Tabla 1.15). Los tres

trastornos que presentaban los hombres con más frecuencia fueron el abuso o dependencia de alcohol (52%), depresión mayor (48%) y trastornos de conducta (43%). Las mujeres presentaron junto con el diagnóstico de TEPT, depresión mayor (48%), fobia simple o fobia social (29%) y abuso o dependencia de alcohol (28%).

Tabla 1.15. Comorbilidad del TEPT (Kessler et al., 1995).

Trastornos	Varones (%)	Mujeres (%)
Trastornos afectivos		
Depresión	47,0%	48,5%
Distimia	21,4%	23,3%
Manía	11,7%	5,7%
Trastornos de ansiedad		
Trastorno de ansiedad generalizada	16,8%	15,0%
Trastorno de pánico	7,3%	12,6%
Fobia simple	31,4%	29,0%
Fobia social	27,6%	28,4%
Agorafobia	15,1%	22,4%
Trastornos de conducta	43,3%	15,4%
Trastornos por abuso de sustancias		
Consumo abusivo de alcohol	51,9%	27,9%
Consumo abusivo de drogas	34,5%	26,9%

En ambos casos la depresión se presentó como el trastorno con la comorbilidad más elevada en relación al TEPT. También Salokangasa, Vaahterab, Pacrievc, Sohlmand y Lehtinend (2002) encontraron que las puntuaciones obtenidas en los niveles de gravedad de depresión eran similares tanto en hombres como en mujeres con un diagnóstico de TEPT. Aunque estos autores también señalaron que existían diferencias significativas entre hombres y mujeres en los ítems del instrumento de evaluación, BDI-II, especialmente en los que valoraban el deseo sexual y el llanto, viéndose disminuido el deseo sexual y aumentado el llanto en el caso de las mujeres.

Además, los trastornos afectivos y especialmente la depresión han revelado tener un papel especialmente importante en la evolución del TEPT y en la alteración de otras áreas del funcionamiento de la persona. Así, algunos autores (Jakupcak et al., 2006; Owens, Steger, Whitesell y Herrera, 2009; Poundja, Fikretoglu y Brunet, 2006) se han referido a la depresión comórbida con el TEPT como el agente mediador para el desarrollo de otras dificultades

como alteraciones en la salud física, incremento en las sensaciones de dolor e incluso dificultades para dotar de sentido a la vida tras el acontecimiento traumático.

También el abuso o dependencia del alcohol se presenta como un trastorno que frecuentemente aparece asociado al TEPT especialmente en hombres (52%) aunque también está presente en mujeres (28%). Posiblemente por esta elevada incidencia Wilson y Keane (2004) sugieren que la evaluación de abuso de alcohol o de otras drogas forme parte de la evaluación postraumática.

Diversos estudios (Ouimette y Brown, 2002; Stewart, Conrod, Samoluk, Pihl y Dongier, 2000) han encontrado que el consumo de alcohol, tanto en hombres como en mujeres, podría funcionar como una estrategia de reforzamiento negativo que facilitase a la persona manejar las emociones negativas asociadas al acontecimiento traumático o incluso el malestar físico. No obstante, se han encontrado ciertas diferencias entre los hombres y las mujeres en relación a la comorbilidad del TEPT y abuso de alcohol, ya que las mujeres en su gran mayoría (65% - 84%) no presentaban abuso de alcohol antes del diagnóstico de TEPT y raramente su consumo les hace sentir emociones positivas (Stewart, Conrod, Pihl y Dongier, 1999).

El TEPT también se ha asociado con frecuencia a otras alteraciones relacionadas con el funcionamiento integral de la persona y que sin duda pueden ser de gran importancia para la calidad de vida de la persona, aunque no se trate propiamente de trastornos. Las áreas afectadas están relacionadas con el funcionamiento sexual y con la salud.

Respecto al funcionamiento sexual de la persona con diagnóstico de TEPT se ha encontrado que un 80% de los hombres y un 58% de las mujeres presentan algún tipo de disfunción sexual (Cosgrove et al., 2002, Letourneau, Resnick, Kilpatrick y Saunders, 1996; Letourneau, Schewe y Frueh, 1997) independientemente de que el acontecimiento traumático vivido esté o no relacionado con el área sexual, ya que si no sería prácticamente esperable la afectación. Algunos autores han relacionado esta dificultad con los niveles importantes de ansiedad que puede presentar la persona con TEPT (Barlow, Raffa y Cohen, 2002; Rosen y Leiblum, 1995).

También, la salud física parece presentarse con frecuencia deteriorada en un cuadro de TEPT. Así, la sintomatología postraumática se ha asociado a graves problemas médicos como problemas arteriales, trastornos gastrointestinales, problemas dermatológicos y dolores musculares (Schnurr y Spiro, 1999; Schnurr, Spiro y Paris, 2000).

Si bien es cierto que los estudios han establecido claramente importantes niveles de comorbilidad entre el TEPT y otros trastornos, así como con otras dificultades que puede presentar la persona, sería importante dilucidar en qué sentido es esta relación. Es decir, cual y como apareció primero en la relación de comorbilidad entre el TEPT y los distintos trastornos.

Aunque todavía son escasos los estudios realizados al respecto, recientemente Milanak y Berenbaum (2009) han estudiado de forma más específica la relación entre el TEPT y los trastornos del estado del ánimo, encontrando que el tipo de acontecimiento traumático y los síntomas predominantes del TEPT en cada caso pueden determinar el posterior desarrollo de diferentes trastornos del estado del ánimo. No obstante los datos no son concluyentes y se hace necesario investigaciones más profundas al respecto.

2. MODELOS EXPLICATIVOS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

Los modelos psicológicos que han tratado de explicar el TEPT han evolucionado en un sentido similar al que lo han hecho los modelos de aprendizaje psicológico. Partiendo de explicaciones basadas exclusivamente en aspectos conductuales, para posteriormente integrar aspectos cognitivos y biológicos.

Así, es como los modelos han podido ir integrando componentes para dar explicación a la constelación de síntomas del trastorno (reexperimentación, evitación e hiperactivación), a las diferencias individuales tras la exposición a un acontecimiento traumático y a los efectos de diversas variables (historia previa de problemas psicológicos de la persona, apoyo social y estilo atribucional).

Aunque son multitud los modelos que han pretendido cubrir estas expectativas, a continuación se presentan exclusivamente aquellos que han sido más representativos, aunque no hayan podido dar explicación a todos los objetivos planteados anteriormente, y los que definitivamente se presentan como los modelos más completos para una comprensión global del TEPT, del que su mayor representante es la Teoría de la Representación Dual que desarrollaron Brewin, Dalgleish y Joseph (1996).

2.1 Teoría del aprendizaje.

Esta teoría explica el TEPT por los principios del aprendizaje clásico y operante.

En concreto, el condicionamiento clásico serviría para dar explicación a la respuesta de ansiedad que presenta la persona tras la exposición a determinados estímulos, que en un momento fueron neutros, pero que tras asociarlos con el acontecimiento traumático serían capaces de provocar una respuesta emocional en la persona.

Esto es; el acontecimiento traumático (como *EI*, estímulo incondicionado) sería capaz de provocar determinadas respuestas emocionales (*RI*, respuesta incondicionada) que tras asociarse por continuidad con otros estímulos (*EN*, estímulos neutros) presentes durante el acontecimiento traumático estos adquirirían una valencia emocional que ya no sería neutra, por lo tanto se convertirían en estímulos condicionados (*EC*), que generarían las mismas respuestas (*RC*, respuestas condicionadas) en el individuo que los estímulos incondicionados (*EI*).

Tal y como se indica en las teorías del aprendizaje mediante condicionamiento clásico, sería esperable que las respuestas condicionadas (*RC*) se extinguieran en la medida que la persona viviese exposiciones en los que tras presentarse el estímulo condicionado (*EC*) sin el estímulo incondicionado (*EI*). Sin embargo esto no siempre es posible debido al mecanismo de evitación que pueden presentar las personas sobre la posibilidad de exponerse al estímulo condicionado (*EC*). Por ello, la evitación del estímulo condicionado (*EC*) que provoca determinadas respuestas de malestar en la persona, facilita la reducción de ansiedad que siente la persona en la exposición al estímulo condicionado (*EC*). Así, el condicionamiento operante, mediante reforzamientos negativos (reducción de las respuestas de ansiedad) daría explicación a las respuestas de evitación presentes en el TEPT, y la imposibilidad de extinguir la respuesta condicionada (*RC*) sin exposición al estímulo condicionado (*EC*).

Por lo tanto, esta teoría explicaría mediante los principios de condicionamiento clásico y operante exclusivamente las respuestas de ansiedad y de evitación propias del TEPT.

2.2 Modelos cognitivos.

La gran mayoría de las teorías cognitivas que han ofrecido un modelo del TEPT proponen que la etiología de este trastorno está relacionada con las dificultades que el sistema cognitivo encuentra para resolver la integración de la información nueva asociada al acontecimiento traumático con las estructuras mentales ya preexistentes.

Estas teorías han intentado explicar el TEPT desde un único nivel de representación cognitivo como o desde diversos modelos de representación.

2.2.1. Modelos cognitivos basados en un único modelo de representación.

El **modelo de Lang** (1977) es el primer modelo que ofrece hipótesis sobre el inicio y desarrollo del TEPT desde un marco cognitivo. De hecho su hipótesis la denominó *retículo cognitivo que estructura el miedo*.

Este modelo propone que una red de memoria que se compone de tres elementos: información estimular sobre el acontecimiento traumático, información sobre las reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales del individuo durante el acontecimiento traumático e información que conecta los dos tipos de información anteriores.

Esta estructura se caracterizaría por contener información sobre una amenaza percibida que no tiene por qué coincidir con una amenaza real.

Este modelo, supuso la base para que otros autores (Foa y Kozak, 1986) formularan la **teoría del procesamiento emocional**, en la que se defiende que el acontecimiento traumático se representa en una red de miedo (*"fear network"*) que está formada por información referente a los estímulos relacionados con el acontecimiento traumático, las reacciones cognitivas, conductuales y fisiológicas ante el acontecimiento e información interoceptiva, la cual viene a conectar toda la información que posee la red de miedo. Por lo que la exposición a estímulos relacionados con el acontecimiento activarían las representaciones almacenadas en esta red de miedo y por consiguiente toda la información contenida en la red (respuestas cognitivas, conductuales y fisiológicas) previamente almacenada. Mediante esta explicación, los autores de esta teoría consiguieron explicar la sintomatología de reexperimentación, propia del TEPT. También explicaron, mediante la red de memoria, la sintomatología referida a evitación, que entendieron como la forma en la que la persona podía minimizar la posibilidad de aparición de elementos relacionados con la red de memoria.

Aunque esta teoría se basa en un único tipo de representación, supuso un avance respecto a los modelos anteriores porque se centró en explicar

como se representa la información en la memoria y como se procesa el acontecimiento traumático.

Otro de los modelos cognitivos, basados en un único tipo de representación, que más repercusión ha tenido es la teoría que enunció Janoff-Bulman (1992) y que denominó ***shattered assumptions theory***. Esta autora defendió que las personas mantenemos las siguientes creencias sobre nosotros mismos y sobre el mundo que nos rodea:

- Los individuos creen que el mundo que les rodea es benevolente, por tanto, las personas son dignas, compasivas y las desgracias ocurren de manera poco frecuente.
- Los individuos atribuyen un sentido y significado al mundo, por tanto, éste sigue unas normas y reglas comprensivas.
- Los individuos creen en el valor de uno mismo, por tanto, se perciben como seres dignos de respeto, afortunados y capaces de controlar su entorno.

Tras la exposición a un acontecimiento traumático Janoff-Bulman defiende que todas estas ideas quedan al descubierto y empiezan a estar en tela de juicio. Por lo que la persona que ha vivido el acontecimiento debe reinterpretarlo de la manera que resulte menos amenazante, llegando a modificar las creencias si es necesario.

Por lo tanto la adaptación sólo es posible cuando se tiene una postura que integra el acontecimiento traumático manteniendo a salvo las creencias de seguridad previas. Por lo tanto, si la persona no puede “reconstruir” sus creencias no se producirá la adaptación. Esta afirmación fue también descrita por Horowitz (1986) a través de lo que denominó “*complementation tendency*”.

2.2.2. Modelos cognitivos basados en diversos modelos de representación.

Dalgleish (1999) formuló la primera teoría que no se basaba en un único modelo de representación. Esta teoría que se denominó **teoría de los sistemas representacionales esquemático, proposicional, asociativo y analógico (SPAARS)**, plantea que las emociones son las responsables

durante los acontecimientos de activar determinados cambios cognitivos que nos preparan con los recursos necesarios para ese momento. Así, la activación de la emoción tristeza ante un acontecimiento que implica pérdidas, nos facilitará recursos cognitivos para hacer frente a esta situación.

Esta teoría comprende los siguientes niveles de representación:

- Representación analógica: almacena información en forma de imágenes visuales, olfativas, auditivas, gustativas y propioceptivas.
- Representación proposicional: almacena información verbal que hace referencia a ideas, conceptos, creencias y la relación entre ellos.
- Representación de modelos esquemáticos: supone un nivel superior a los anteriores, ya que en este ambos están unificados para dar un sentido de sí mismo al individuo y también de su realidad y su significado. En este nivel encontramos diferencias individuales en las que podrían establecerse las bases explicativas sobre las distintas respuestas de los individuos frente al mismo acontecimiento traumático.
- Representaciones asociativas: supone la generación de las emociones automáticas que proceden de la asociación entre acontecimientos y emociones.

Los tres primeros niveles supondrían una ruta para generar información que sus autores han denominado controlada, sin embargo el último nivel corresponde con una ruta de generación de emociones automática.

A partir de esta formulación Dalglish han intentado explicar la siguiente sintomatología del TEPT:

- Reexperimentación: la información relacionada con el acontecimiento traumático no es asimilada por la representación de modelos esquemáticos ya que es valorada como una información amenazante para el propio individuo y para su realidad. Esta valoración de amenaza sería la responsable de la activación constante del miedo y en consecuencia de los síntomas de activación.

- Evitación: con el fin de no exponerse a la sintomatología de reexperimentación la persona va intentar evitar cualquier estímulo que pueda elicitar algún recuerdo del acontecimiento.
- Hiperactivación: como el módulo del miedo se está activando continuamente la persona va a sentir un estado de sobresalto permanente. Además, como los recursos cognitivos están siendo empleados mayoritariamente en integrar la información traumática en los modelos esquemáticos, no se pueden utilizar para la mediación con otras emociones y esto puede provocar explosiones emocionales (ira o irritabilidad).

Prácticamente en paralelo a este trabajo, Brewin, Dalgleish y Joseph (1996) formularon una nueva teoría, que vendría a explicar en un único modelo determinados fenómenos del TEPT que habían sido explicados de forma aislada por los modelos y teorías presentados hasta el momento. Esta teoría se denominó: **teoría de la presentación dual**, la cual propone que se pueden identificar dos tipos de representación de información relacionada con el acontecimiento traumático:

- Memoria verbalmente accesible (VAM): en esta se almacena información sobre la experiencia consciente que la persona tiene del acontecimiento traumático. Esta información es acompañada de la percepción consciente de la persona sobre los aspectos sensoriales, las reacciones corporales y también del significado que atribuye a estos.
- Memoria situacionalmente accesible (SAM): en esta se almacena información obtenida mediante un proceso automático, no consciente. La información incluye recuerdos globales del acontecimiento vivido a la que se puede acceder cuando la persona está en un contexto con un significado similar al del acontecimiento traumático. Toda esta información es almacenada mediante un sistema de representación de códigos analógicos que son los que permiten la recreación del acontecimiento. Estos códigos recogen información estimular, de significado e información sobre el estado de conciencia de la persona en la situación traumática.

Durante la vivencia del acontecimiento traumático se codifican ambas memorias en paralelo en la que intervienen diversas estructuras neuronales relacionadas con situaciones de estrés, el hipocampo y la amígdala. Cuando vivimos situaciones que van asociadas a una intensidad muy elevada a nivel emocional el hipocampo tiene una actividad muy limitada y por lo tanto la información, *VAM*, que este debe recoger puede ser incompleta. Sin embargo en esta misma situación, la activación de la amígdala aumenta y por lo tanto se facilita el almacenamiento de la información mediante la *SAM*, posibilitando la presencia de *flashbacks*.

El procesamiento emocional del acontecimiento traumático puede suponer una integración, en la que se da una escasa discrepancia entre la información del acontecimiento traumático y los esquemas previos; un procesamiento emocional crónico, en el que se dan grandes discrepancias entre los esquemas previos de la persona y la información traumática, provocando por tanto la presencia de sintomatología postraumática; o una inhibición prematura del procesamiento, en la que aún habiendo grandes discrepancias entre los esquemas previos de la persona y la información relacionada con el trauma, no se evidencia determinada sintomatología postraumática como recuerdos intrusivos porque se ha evitado la activación de los sistemas *SAM* y *VAM*. Sin embargo la persona puede presentar otro tipo de sintomatología, como conductas fóbicas, porque el sistema *SAM* contiene información que puede activarse.

Aunque la información contenida en la *SAM* podría transferirse a la *VAM*, llegando a producirse una integración de la información, en los casos de TEPT, resulta complejo en función de diversas variables como la severidad del acontecimiento traumático, si es muy intensa, la duración, el significado para la persona y el apoyo social disponible (Brewin, 2001).

Tras la formulación de esta teoría han surgido otros modelos, entre los que cabe destacar, el presentado por **Ehlers y Clark (2000)** ya que supone la creación de un modelo sólido, en el que también se recoge la distinción entre procesamientos de tipo conceptual y procesamientos de tipo sensorial, pero que además, da explicación de la persistencia, en determinadas personas, de la sintomatología postraumática.

Estos autores señalaron la importancia del sesgo, que mediante la valoración del acontecimiento, se hace de la información del acontecimiento traumático. Así, afirman que la persona recupera selectivamente la información que de alguna forma es congruente con la valoración que realiza del acontecimiento.

También en este modelo se ha señalado que determinados factores como el procesamiento cognitivo del acontecimiento, las características del acontecimiento, la experiencias vitales previas y el repertorio de estrategias de afrontamiento, pueden influenciar los procesos fundamentales que mantendría la percepción de amenaza en la persona y por lo tanto la persistencia de la sintomatología postraumática.

Estos procesos fundamentales hacen referencia, por un lado, a la evaluación negativa del acontecimiento y sus consecuencias y por otro lado, la naturaleza de la memoria traumática y su integración.

Por último, es importante destacar, otra aportación de este modelo en lo referente al TEPT demorado. Ehlers y Clark (2000) propusieron que si la persona se expone a un acontecimiento a través del cual otorga un valor amenazante a otro acontecimiento sucedido con anterioridad o a sus consecuencias, puede aparecer el cuadro diagnóstico, TEPT, demorado en el tiempo.

2.3 Resumen de los modelos explicativos del Trastorno de Estrés Postraumático.

Cada uno de los modelos explicativos expuestos anteriormente para explicar el TEPT han aportado información sobre alguno de los componentes del TEPT, pero sólo la Teoría del procesamiento Dual de Brewin et al. (1996) ofrece un modelo teórico más sólido que explique la gran mayoría de los aspectos que se contemplan en el TEPT.

Los primeros modelos teóricos sobre el TEPT se han centrado en explicar desde las teorías del aprendizaje clásico y operante tanto el inicio como el desarrollo del TEPT, pero no pudieron dar respuesta a la sintomatología de reexperimentación, a las respuestas individuales de las personas tras la exposición a un acontecimiento traumático, ni pudieron

integran en el modelo el efecto de determinadas variables vinculadas al TEPT, como la historia previa de problemas psicológicos.

Posteriormente, los modelos cognitivos, comenzaron a ofrecer la posibilidad de explicar la sintomatología de reexperimentación, no explicada hasta el momento, mediante mecanismos cognitivos que activarían la “memoria del miedo”. Sin embargo estos primeros modelos cognitivos, continuaban dejando al margen algunos aspectos como la explicación de las diferencias individuales frente al acontecimiento traumático.

Estos modelos cognitivos, que en un primer momento abordaban las explicaciones desde un único nivel de representación, incluyeron otro nivel de representación que otorgó a los más recientes modelos una estructura más sólida en la que tendría cabida la comprensión de fenómenos no resueltos hasta el momento como las diferencias individuales frente al acontecimiento traumático.

Si bien es cierto que la Teoría del procesamiento Dual de Brewin et al. (1996), se presenta como la opción más cercana para explicar el inicio y desarrollo del TEPT, no podemos afirmar que este modelo de cabida a la complejidad del cuadro diagnóstico, puesto que todavía quedan aspectos, relacionados con diversas variables de la persona, que aunque el modelo pone de relieve su importancia no conocemos el peso que estas suponen en el inicio y desarrollo del TEPT.

Por ello es necesario continuar desarrollando un modelo capaz de explicar la complejidad que entrama el TEPT, para lo cual posiblemente sea necesaria la integración de aspectos biológicos (Uddin et al., 2010).

3. EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

Desde que en 1980 el TEPT se incluyó como categoría diagnóstica gran parte de las investigaciones han tenido como objetivo la evaluación de este trastorno. Por ello, actualmente contamos con un importante número de instrumentos de evaluación del TEPT.

Precisamente para conocer la situación actual respecto a los instrumentos disponibles para la evaluación del TEPT en adultos se llevó a cabo una revisión de éstos que se presenta a continuación. Para ello se tuvieron en cuenta aquellos instrumentos que cumplían los criterios propuestos por algunos autores en revisiones sobre el tema (González et al., 2000 y Muñoz, Roa, Pérez, Santos-Olmo y De Vicente, 2002). Dichos criterios fueron los siguientes:

- Calidad métrica de la prueba.
- Grado de difusión y de acceso.
- Disponibilidad de versiones en castellano.
- Seguir criterios diagnósticos de la última edición de las clasificaciones DSM y CIE.

A pesar de seguir los criterios citados anteriormente, no todos los instrumentos incluidos en la revisión cumplen todos ellos, fundamentalmente, porque la documentación consultada en ocasiones es deficiente y no ofrece algunas de las características de la prueba, como las propiedades psicométricas. Sin embargo aunque éstas no aparezcan especificadas, son instrumentos que por algún otro criterio, como su gran difusión, se ha considerado oportuno incluir.

Los instrumentos se agruparon según la finalidad de cada uno de ellos. De este modo, encontramos instrumentos para el diagnóstico, evaluación de síntomas, para el diagnóstico y evaluación de síntomas, instrumentos de cribado, evaluación de acontecimientos traumáticos e instrumentos que valoran el tratamiento del TEPT.

Cada grupo de instrumentos ha sido recogido en la Tabla 3.1 en la que se presenta de cada instrumento, ordenado por fecha de publicación, la siguiente información: nombre del instrumento, autor y año¹, formato (en el que se recoge la modalidad de administración del instrumento así como una descripción de este), propiedades psicométricas del instrumento original (con el fin de facilitar la comparación entre los instrumentos se han unificado las medidas psicométricas a plasmar en cada instrumento), versión traducida y/o validada del instrumento en castellano y las propiedades psicométricas de esta versión. Sólo los instrumentos validados con población española se citan en castellano.

3.1 Instrumentos para el diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático.

A partir de los criterios de selección para los instrumentos señalados anteriormente se encontraron 6 instrumentos que parecen ser útiles para el diagnóstico del TEPT. De estos 6 instrumentos 5 son entrevistas heteroaplicadas y tan sólo el *Distressing Event Questionnaire*, DEQ (Kubany, Leisen, Kaplan, y Kelly, 2000) es un cuestionario autoaplicado. A excepción de la *Composite International Diagnostic Interview*, CIDI (Breslau, Peterson, Ronlad y Lonni, 1999) que sigue criterios CIE-10, los demás instrumentos se ajustan a los criterios diagnósticos DSM IV-TR. Como se puede observar en la Tabla 3.1 algunos de estos instrumentos se han ido adaptando a las distintas clasificaciones diagnósticas y por ello en el apartado “descripción” se hace referencia a diversas ediciones del DSM. No obstante siempre se recogió la referencia del instrumento original.

De estos 6 instrumentos sólo la CIDI, ha sido traducida al castellano aunque no fue posible acceder a las propiedades psicométricas obtenidas en la validación al castellano.

La puntuación de los ítems, en todos los instrumentos, es mediante respuestas dicotómicas (sí/no) para evaluar la vivencia o no de posibles acontecimientos traumáticos, así como la presencia o ausencia de

¹ En el caso de que el instrumento haya sido traducido al castellano y/o validado con población española, aparecerá enunciada la referencia en la columna “autor año”, debajo de la referencia original.

sintomatología. Obviando la frecuencia de la sintomatología y la intensidad de ésta.

La gran mayoría de estos instrumentos se centra en evaluar los 17 ítems que corresponden a los criterios que hacen referencia a la sintomatología, llegando incluso a obviar el criterio A (La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático y lo ha vivido con miedo, indefensión u horror) y/o el criterio temporal, necesario para establecer el diagnóstico. Tan sólo la Entrevista Estructurada Versión DSM IV (Zimmerman, 1994) y la CIDI (Breslau et al., 1999) evalúan todos los criterios diagnósticos necesarios para el diagnóstico de TEPT.

Esta situación resulta preocupante puesto que la gran mayoría de los instrumentos revisados obvian determinados criterios propuestos en las clasificaciones diagnósticas como necesarios para el diagnóstico de TEPT, aun cuando tienen como objetivo ser instrumentos diagnósticos.

De hecho algunos autores, Foa, Davidson y Frances (1999), han llegado a incidir en la importancia de considerar que la característica fundamental de los instrumentos diagnósticos para el TEPT debe ser evaluar el tipo de acontecimiento que lo produce, el impacto de este acontecimiento, los síntomas que desde entonces presenta la persona, la duración de estos y las implicaciones que ha tenido para la persona.

3.2 Instrumentos para la evaluación de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.

En la revisión realizada para conocer los instrumentos para la evaluación de síntomas del TEPT (véase Tabla 3.1), se han encontrado 5 instrumentos diseñados para esta finalidad. De estos, 4 son escalas autoaplicadas y 1 entrevista heteroaplicada (*Traumatic life events Interview*, TLEI, Kubany, 1995). Sólo han sido traducidos y validados al castellano la escala de *Trauma de Davidson*, DTS (Davidson et al., 1997) y la *Checklist-Civilian Versión*, PCL (Weathers et al., 1994).

Al contrario que ocurría con los instrumentos para el diagnóstico del TEPT, los instrumentos que evalúan sintomatología, incluyen en su mayoría, además de la presencia o ausencia del síntoma, la frecuencia e intensidad de

este. Sin embargo obvian los criterios temporales, tanto el criterio temporal que hace referencia a cuando empezaron los síntomas, hasta cuál ha sido su duración. Además al centrarse en la sintomatología dan por hecho la presencia de un acontecimiento traumático, obviando, tal y como sucede en la mayoría de los instrumentos para la evaluación del TEPT, la evaluación del criterio A. Por lo tanto se puede afirmar que aunque evalúan sintomatología no la relacionan directamente con un acontecimiento traumático.

3.3 Instrumentos para el diagnóstico y evaluación de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.

Dentro de los instrumentos para el diagnóstico y evaluación de síntomas del TEPT (véase Tabla 3.1), se han encontrado 4 instrumentos, de amplia difusión dentro de la práctica clínica y en el campo de la investigación. De estos instrumentos 3 son entrevistas heteroaplicadas y un cuestionario autoaplicado (*Posttraumatic Stress Diagnostic Scale*, PDS, Foa., 1995).

Dentro de las entrevistas encontramos la *Clinical Administered PTSD Scale*, CAPS (Blake et al., 1990), que es posiblemente el instrumento de evaluación del TEPT con mayores garantías psicométricas y más riguroso, en lo que a los criterios diagnósticos se refiere. Además ha sido traducido y validado con población española (Bobes et al., 2000). Sin embargo, esta entrevista, cuenta con dos importantes inconvenientes; en primer lugar que es un instrumento desarrollado exclusivamente con veteranos de guerra por lo que su uso es cuestionable en otro tipo de víctimas; y en segundo lugar, es un instrumento que requiere un tiempo de aplicación de 60 minutos aproximadamente, por lo que su aplicación en diversos contextos es complicada.

Dentro de los instrumentos diseñados para el diagnóstico y evaluación de sintomatología del TEPT, encontramos la principal aportación española respecto al tema de la evaluación del TEPT, es la denominada *Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático* (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, 1997). Este instrumento que cuenta con capacidad diagnóstica según criterios DSM IV tiene una gran difusión fundamentalmente porque es una escala breve y con garantías psicométricas adecuadas. Sin

embargo, no evalúa el criterio E (duración de los síntomas), ni el criterio F (interferencia en la vida del individuo). Además, tampoco establece una relación entre el acontecimiento traumático y la sintomatología actual.

Aunque la principal deficiencia que presentan los instrumentos diagnósticos del TEPT es no incluir dentro de éstos la evaluación del criterio A, encontramos 2 instrumentos (CAPS y PDS) que si lo hacen. Sin embargo no evalúan todos los criterios diagnósticos necesarios para el TEPT, ya que obvian, como sucede con la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático (Echeburúa et al., 1997), la evaluación de otros criterios, no menos importantes, como son el criterio E (duración de los síntomas se prolongan más de 1 mes) y el criterio F (interferencia en la vida del individuo).

3.4 Instrumentos para el cribado de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.

Respecto a los instrumentos de cribado para el TEPT (ver Tabla 3.1), se han encontrado 2 cuestionarios autoaplicados, de los que uno de ellos, *Questionnaire to Rate Trumatic Experiences*, TQ (Davidson, Hughes y Blazer 1990) tiene traducción y validación al castellano (Bobes et al., 2000). Además, este instrumento, evalúa el criterio A (la persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático), no sólo a nivel cuantitativo (presencia o no de acontecimiento traumático), sino también a nivel cualitativo (características del acontecimiento). Por otro lado, incluye el parámetro de duración, pero no referido a la sintomatología, sino al tiempo que ha estado expuesto a un determinado acontecimiento traumático. Sin embargo, a pesar de los importantes aspectos que se recogen en este instrumento, no se contemplan otras cuestiones que parecen necesarias en este tipo de instrumentos, tales como, los parámetros de la sintomatología (duración, frecuencia, intensidad).

Dentro de este apartado encontramos el instrumento más breve en el área de la evaluación del TEPT. Es el denominado, *Startle, Physically upset at exposure, Anger, and Numbness*, SPAN (Meltzer-Brody, Churchill y Davidson, 1999) que cuenta con 4 ítems dirigidos exclusivamente a sintomatología y que ha sido diseñado a partir de la selección de diversos ítems (respuestas fisiológicas a la exposición, restricción de la vida afectiva,

irritabilidad o ataques de ira y respuestas exageradas) en función de su saturación, tomando como punto de partida distintos estudios sobre el tema con diversos tipos de víctimas. Según las propiedades psicométricas (Sensibilidad = 84% y Especificidad = 91%), es posible que se trate de un adecuado instrumento de cribado.

3.5 Instrumentos para evaluación de acontecimientos traumáticos en adultos.

Son escasos los instrumentos de evaluación del TEPT que incluyen una evaluación de la historia de traumas del individuo. Posiblemente, por ello, se han diseñado diversos instrumentos para la evaluación específica de traumas (véase Tabla 3.1). Para esta finalidad se han encontrado 2 cuestionarios autoaplicados: *Traumatic Events Questionnaire*, TEQ (Vrana y Lauterbach, 1994) y *Traumatic life events questionnaire*, TLEQ 2 (Kubany et al., 2000) y 1 entrevista heteroaplicada: *Potencial Stressful Events Interview*, PSEI (Kilpatrick, Resnick y Fredy, 1991). Ninguno de estos instrumentos han sido traducidos ni validados con población española. Se centran fundamentalmente en evaluar los posibles acontecimientos traumáticos vivenciados por una persona, incidiendo en el caso del TLEQ 2 y de la PSEI en la experiencia subjetiva del sujeto frente a estos acontecimientos (e.g. miedo, indefensión, pánico, vergüenza). Son instrumentos diseñados para una finalidad muy concreta (evaluación de la posible exposición a eventos traumáticos y reacciones individuales frente a este) que necesariamente tienen que ir acompañados de otro tipo de instrumentos para evaluar la sintomatología postraumática, ya que conocer la historia de traumas de un individuo y su vivencia sin evaluar la repercusión de estos acontecimientos, es un aspecto necesario pero no suficiente para el diagnóstico del TEPT.

3.6 Instrumentos para evaluación de otros síntomas.

Parece que con relativa frecuencia las personas que han sufrido acontecimientos traumáticos manifiestan además de la sintomatología descrita en el DSM IV- TR otra sintomatología asociada (e.g sentimientos de

culpa), que no se incluye en prácticamente ninguno de los instrumentos diseñados para la evaluación del TEPT, salvo en la *Clinical Administered PTSD Scale*, CAPS (Blake et al., 1990) que recoge 5 ítems referidos a culpa, desrealización y despersonalización.

Es obvio que los instrumentos de evaluación del TEPT que siguen criterios DSM, no tengan en cuenta esta sintomatología asociada porque no está descrita en los criterios del TEPT, sin embargo por la frecuencia con la que las personas presentan esta sintomatología, se han desarrollado instrumentos que incluyen evaluación de otros síntomas en el TEPT (véase Tabla 3.1). Estos cuestionarios se centran en la evaluación de cogniciones negativas asociadas a la vivencia del trauma, agrupadas generalmente en tres áreas: cogniciones referidas a la autoinculpación, cogniciones negativas referidas a la seguridad en el mundo y cogniciones negativas referidas a uno mismo. De estos, tan sólo el *Posttraumatic Cognitions Inventory*, PTCI (Foa, Tollin, Ehlers, Clark y Orsillo, 1999) recientemente ha sido validado con población española (Blanco, Díaz, Gaborit, Amaris, 2010).

3.7 Instrumentos de valoración del tratamiento en el Trastorno de Estrés Postraumático en adultos.

Por último, dentro de esta revisión de instrumentos de evaluación del TEPT se han recopilado información 2 instrumentos de valoración del tratamiento (véase tabla 3.1). Ambos instrumentos, *Duke Global Rating Scale for PTSD*, DRGP (Davidson, Weisler, Malik y Tupler, 1998) y *The Eight-item Treatment-Outcome Post-Traumatic Stress Disorder Scale*, TOP-8 (Davidson y Colket, 1997) han sido diseñados con un formato heteroaplicado. Además, han sido traducidos y validados con población española (Bobes et al., 2000). Son instrumentos breves ya que su aplicación no supera los 10 minutos.

Estos instrumentos se centran fundamentalmente en evaluar el cambio en la puntuación del ítem entre las evaluaciones basal y final, además de evaluar la mejoría global del cuadro. La escala TOP-8 (Davidson y Colket, 1997) que está compuesta por 8 ítems, ha sido diseñada seleccionando aquellos ítems que estaban presentes en, al menos, el 70% de los participantes en el estudio y que mostraban cambios en las puntuaciones

después del tratamiento en lo que se refiere a la correlación en el cambio de cada ítem con el cambio total de la escala.

La aplicación de ambos instrumentos supone una importante experiencia con pacientes de TEPT por parte del evaluador, ya que éste valora la gravedad y mejoría en cada criterio referido a sintomatología.

Tabla 3.1. Instrumentos para la evaluación del TEPT en adultos.

Nombre del instrumento	Autor - Año	Formato	Propiedades psicométricas original. Población (Plc)	Validado en castellano	Propiedades psicométricas versión castellano
Instrumentos para el diagnóstico del TEPT en adultos					
Anxiety Disorders Interview Schedule. ADIS - R PTSD.	Di Nardo y Barlo, 1988.	<u>Administración :</u> Entrevista. Heteroaplicada. <u>Descripción :</u> 17 ítems según criterios diagnósticos B,C y D, DSM III-R y DSM IV..	Plc: Veteranos de guerra. <u>Sensibilidad</u> = 100% <u>Especificidad</u> = 0,94%	X	X
Structured Clinical Interview for DSM.IV. SCID-PTSD.	Spitzer et al., 1990.	<u>Administración :</u> Entrevista. Heteroaplicada. <u>Descripción :</u> 19 ítems según criterios diagnósticos B,C y D, DSM III, DSM III-R y DSM IV.	Plc: Combatientes, desastres naturales y violencia. <u>Sensibilidad</u> = 100% <u>Especificidad</u> = 94%	✓	No disponible
Harvard Trauma questionnaire. HTQ.	Mollica et al., 1992.	<u>Descripción :</u> 17 ítems según criterios diagnósticos B,C y D, DSM IV.	Plc: Refugiados de Indochina. <u>Sensibilidad</u> = 33% <u>Especificidad</u> = 83 % <u>Consistencia interna</u> = 0,89	X	X
Structured Interview. Versión DSM IV.	Zimmerman, 1994.	<u>Administración :</u> Entrevista Heteroaplicada <u>Descripción :</u> 41 ítems para criterios A,B,C,D, E y F, DSM IV.	Plc: Clínica <u>Consistencia interna</u> =: 0,7	X	X
Composite Internacional Diagnostic Interview. CIDI.	Breslau et al., 1999. OMS, 1990.	<u>Administración :</u> Entrevista .Heteroaplicada <u>Descripción :</u> 45 ítems para los criterios referidos en la CIE 10.	Plc: Individuos de Detroit. <u>Sensibilidad</u> = 80,3% <u>Especificidad</u> = 97,3%	✓	No disponible

Nombre del instrumento	Autor - Año	Formato	Propiedades psicométricas original. Población (Plc)	Validado en castellano	Propiedades psicométricas versión castellano
Distressing Event Questionnaire. DEQ.	Kubany et al., 2000.	<u>Administración :</u> Cuestionario. Autoaplicado <u>Descripción :</u> 34 ítems según criterios diagnósticos A,B,C,D y F, DSM IV. Además de 3 ítems referidos a culpa cólera y dolor.	<u>Plc:</u> Veteranos de Vietnam y mujeres maltratadas. <u>Sensibilidad:</u> 87% - 98% en función del suceso traumático. <u>Especificidad=</u> 60% - 86% en función del suceso traumático. <u>Consistencia interna=</u> 0,93 (escala) , 0,91 (criterio B), 0,88(criterio C), 0,91 (criterio D).	X	X
Instrumentos para la evaluación de síntomas del TEPT en adultos					
Impact of Event Scale. IES-R.	Horowity et al., 1982.	<u>Administración :</u> Escala. Autoaplicada. <u>Descripción :</u> 17 ítems según criterios diagnósticos B,C y D, DSM II-R y DSM IV.	<u>Plc:</u> Supervivientes de un terremoto y personal de emergencias. <u>Sensibilidad=</u> 86%. <u>Especificidad=</u> 90%. <u>Consistencia interna :</u> 0,79 - 0,92 según criterio B,C o D.	X	X
PTSD Symptom Scale-Interview. PSS-I.	Foa et al., 1993.	<u>Administración :</u> Entrevista. Heteroaplicada. <u>Descripción :</u> 17 ítems según criterios diagnósticos B,C y D, DSM II-R y DSM IV.	<u>Plc:</u> Víctimas de violación y atracos. <u>Consistencia interna :</u> 0,85.	X	X
Modified PTSD Symptom Scale Self-Report. MPSS-SR.	Falsetti, Resnick, Resick y Kilpatrick, 1993.	<u>Administración:</u> Escala. Autoaplicada <u>Descripción:</u> 17 ítems según criterios diagnósticos B,C y D, DSM III-R.	<u>Plc:</u> Víctimas de violación y población no clínica. <u>Sensibilidad=</u> 63% - 70%.en función de la población. <u>Especificidad=</u> 92%.	X	X

Nombre del instrumento	Autor - Año	Formato	Propiedades psicométricas original. Población (Plc)	Validado en castellano	Propiedades psicométricas versión castellano
The PTSD Checklist-Civilian Version. PCL-C.	Weathers et al., 1994. Marshall, 2004.	<u>Administración:</u> Escala. Autoaplicada <u>Descripción:</u> 17 ítems según criterios diagnósticos B,C y D, DSM III-R y DSM IV.	<u>Plc:</u> Combatientes. <u>Sensibilidad=</u> 82% <u>Especificidad=</u> 83% <u>Consistencia interna:</u> 0.96 (escala), 0.94 (criterio B), 0.90 (criterio C) y 0.87 (criterio D).	✓	<u>Plc:</u> Víctimas de Violencia. <u>Consistencia interna :</u> 0.94 (escala), 0.81 (criterio B), 0.75 (criterio C) y 0.76 (criterio D).
Traumatic life events Interview. TLEI.	Kubany, 1995.	<u>Administración:</u> Entrevista. Heteroaplicada <u>Descripción:</u> Evaluación de la exposición a 16 acontecimientos traumáticos y otros no especificados. Así como de la vivencia emocional de estos	No disponible	X	X
Escala de Trauma de Davidson. DTS.	Davidson et al., 1997. Bobes et al., 2000.	<u>Administración:</u> Escala . Autoaplicada. <u>Descripción:</u> 17 ítems según criterios diagnósticos B,C y D, DSM IV.	<u>Plc:</u> Víctimas de violación, combatientes de guerra. desastres naturales y otros. Sensibilidad= 69%. Especificidad= 95%. <u>Consistencia interna :</u> 0.99 (escala).	✓	<u>Plc:</u> Diversos acontecimientos. <u>Consistencia interna :</u> 0.99 (escala), 0.83 (criterio B), 0.74 (criterio C) y 0.76 (criterio D). <u>Fiabilidad test – retest:</u> 0.87 (escala), 0.83 (criterio B), 0.78 (criterio C) y 0.83 (criterio D).
Instrumentos para el diagnóstico y la evaluación de síntomas del TEPT en adultos					
Escala para el TEPT administrada por el clínico. CAPS-1 y CAPS-2.	Blake et al, 1990. Bobes et al., 2000.	<u>Administración:</u> Entrevista. Heteroaplicada. <u>Descripción :</u> 25 ítems según criterios diagnósticos A,B, C y D, DSM IV. Además de 5 ítems referidos a culpa, desrealización y despersonalización.	<u>Plc:</u> Veteranos de Vietnam. <u>Sensibilidad=</u> 84%. <u>Especificidad=</u> 95%. <u>Consistencia interna :</u> 0.94 (escala).	✓	<u>Plc:</u> Diversos acontecimientos. <u>Consistencia interna :</u> 0.91 (escala), 0.83 (criterio B), 0.79 (criterio C) y 0.76 (criterio D). <u>Fiabilidad test – retest:</u> 0.94 (escala), 0.93 (criterio B), 0.92 (criterio C) y 0.87(criterio D).

Nombre del instrumento	Autor - Año	Formato	Propiedades psicométricas original. Población (Plc)	Validado en castellano	Propiedades psicométricas versión castellano
Posttraumatic Stress Diagnostic Scale. PDS.	Foa, 1995.	<u>Administración :</u> Cuestionario. Autoaplicado. <u>Descripción :</u> 49 ítems según criterios A,B,C y F, DSM IV.	<u>Plc:</u> Veteranos de Vietnam, personal de emergencias, víctimas de violación y otros. <u>Sensibilidad=</u> 82%. <u>Especificidad=</u> 77%. Consistencia interna : 0.92 (escala), 0.78 (criterio B), 0.84 (criterio C) y 0.84 (criterio D).	X	X
Structured Interview for PTSD. SI-PTSD o SIP.	Davidson et al., 1997.	<u>Administración:</u> Entrevista. Heteroaplicada. <u>Descripción:</u> 19 ítems según criterios diagnósticos B, C y D, DSM III-R, DSM IV. Además de 2 ítems referidos a culpa.	<u>Plc:</u> Combatientes. <u>Sensibilidad=</u> 96%. <u>Especificidad=</u> 80%. Consistencia interna : 0.80 (escala).	X	X
Escala de gravedad de síntomas del TEPT.	Echeburúa et al., 1997.	<u>Administración :</u> Escala. Heteroaplicada. <u>Descripción:</u> 30 ítems, 17 ítems según criterios diagnósticos B,C y D, DSM IV. Además de un subescala complementaria de manifestaciones somáticas de ansiedad.	<u>Plc:</u> Víctimas de agresiones sexuales, víctimas de maltrato, víctimas de accidentes de tráfico, víctimas de terrorismo, otros y controles. <u>Sensibilidad=</u> 100%. <u>Especificidad=</u> 93,7%. <u>Consistencia interna :</u> 0.90 (muestra total), 0.63 (grupo pacientes) y 0.84 (grupo control).	No procede	No procede
Instrumentos de cribado para el TEPT en adultos					
Mississippi Scale.	Keane, Caddell y Taylor. 1988.	<u>Administración::</u> Escala. Autoaplicado <u>Descripción:</u> 35 ítems según criterios A,B,C y D, DSM III-R.	<u>Plc:</u> Combatientes y población general. <u>Sensibilidad=</u> 77% - 93% en función de la población. <u>Especificidad=</u> 83% - 89% en función de la población. Consistencia interna : 0.94.	X	X

Nombre del instrumento	Autor - Año	Formato	Propiedades psicométricas original. Población (Plc)	Validado en castellano	Propiedades psicométricas versión castellano
Cuestionario de experiencias traumáticas. TQ.	Davidson et al., 1990. Bobes et al., 2000.	<u>Administración:</u> Cuestionario. Autoaplicado <u>Descripción:</u> 44 ítems según criterios A,B,C y D, DSM IV.	<u>Plc:</u> Diversos acontecimientos. <u>Consistencia interna :</u> 0.68 (escala), 0.30 (criterio B), 0.50 (criterio C) y 0.40 (criterio D).	✓	<u>Plc:</u> Diversos acontecimientos. <u>Consistencia interna :</u> 0.66 (escala), 0.61 (criterio B), 0.54 (criterio C) y 0.35 (criterio D).
Startle, Physically upset at exposure, anger, and numbness. SPAN.	Meltzer-Brody et al., 1999.	<u>Administración:</u> Cuestionario. Autoaplicado <u>Descripción:</u> 4 ítems según criterios B(1),C(1),D(2) , DSM IV.	<u>Plc:</u> Catástrofes naturales, víctimas de violación y combatientes. <u>Sensibilidad=</u> 84%. <u>Especificidad=</u> 91%. <u>Consistencia interna :</u> 0.90 (muestra total), 0.63 (grupo pacientes) y 0.84 (grupo control).	X	X
Instrumentos de evaluación de acontecimientos traumáticos en adultos					
Potential Stressful Events Interview. PSEI.	Kilpatrick et al., 1991.	<u>Administración:</u> Entrevista. Heteroaplicada. <u>Descripción:</u> Evaluación del tipo de estresor y de las cualidades, así como de las reacciones frente a este.		X	X
Traumatic Events Questionnaire. TEQ.	Vrana y Lauterbach, 1994.	<u>Administración:</u> Cuestionario. Autoaplicado. <u>Descripción:</u> Evaluación de la exposición a 11 posibles acontecimientos traumáticos y otro.		X	X

Nombre del instrumento	Autor - Año	Formato	Propiedades psicométricas original. Población (Plc)	Validado en castellano	Propiedades psicométricas versión castellano
Traumatic life events Questionnaire. TLEQ 2.	Kubany et al., 2000.	<u>Administración:</u> Cuestionario. Autoaplicado. <u>Descripción:</u> Evaluación de la frecuencia de exposición a 16 acontecimientos traumáticos y otro. Así como de las reacciones emocionales frente a este.	<u>Plc:</u> Veteranos de Vietnam y víctimas de maltrato. <u>Consistencia interna:</u> 0.63 – 0.77 en función del acontecimiento traumático.	X	X
Instrumentos de evaluación de otros síntomas					
Personal Beliefs and Reactions Scale. PBRs.	Resick, 1993.	<u>Administración:</u> Cuestionario. Autoaplicado <u>Descripción:</u> 55 ítems centrados en la evaluación de los siguientes aspectos: seguridad, confianza, estimar a los demás, intimidad, control, creencias negativas sobre la violación, autoinculpación.	<u>Plc:</u> Víctimas de violación.	X	X
Trauma - Related Guilt Inventory. TRGI.	Kubanny et al., 1996.	<u>Administración:</u> Cuestionario. Autoaplicado <u>Descripción:</u> 32 ítems para explorar 3 áreas : escala global de culpa (4), escala de malestar (6), escala de cogniciones de culpa (22).	<u>Plc:</u> Veteranos de Vietnam, accidentes de tráfico, víctimas de maltrato, víctimas de abuso sexual y desastres naturales. <u>Consistencia interna:</u> 0.66 – 0.86 en función de la escala y del acontecimiento traumático.	X	X
Posttraumatic Cognitions Inventory. PTCI.	Foa et al., 1999. Blanco et al., 2010.	<u>Administración:</u> Inventario. Autoaplicado. <u>Descripción:</u> 33 ítems para explorar diferentes cogniciones negativas : cogniciones negativas sobre uno mismo (21), cogniciones negativas sobre el mundo (7), autoinculpación (5).	<u>Plc:</u> Clínica de diversos acontecimientos que recibía tratamiento para el TEPT y controles. <u>Consistencia interna:</u> 0.97 (escala), 0.97 (sobre uno mismo), 0.88 (sobre el mundo) y 0.86 (autoinculpación).	✓	<u>Plc:</u> Víctimas de atentados terroristas. <u>Consistencia interna:</u> 0.93 (escala), 0.91 (sobre uno mismo), 0.86 (sobre el mundo) y 0.72 (autoinculpación).

Nombre del instrumento	Autor - Año	Formato	Propiedades psicométricas original. Población (Plc)	Validado en castellano	Propiedades psicométricas versión castellano
Instrumentos de valoración del tratamiento en el TEPT en adultos					
<p>Escala de 8 ítems para los resultados del tratamiento del trastorno de Estrés Postraumático.</p> <p>TOP-8.</p>	<p>Davidson y Colket, 1997.</p> <p>Bobes et al., 2000.</p>	<p><u>Administración :</u> Entrevista. Heteroaplicada.</p> <p><u>Descripción :</u> 8 ítems según criterios B(2),C(4),D(2) , DSM IV.</p>	<p><u>Plc:</u>Clínica de diversos acontecimientos.</p> <p><u>Consistencia interna :</u> 0.73.</p>	✓	<p><u>Plc:</u> Diversos acontecimientos.</p> <p><u>Consistencia interna :</u> 0.78 (escala), 0.57 (criterio B), 0.69 (criterio C) y no disponible (criterio D).</p> <p><u>Fiabilidad test – retest:</u> 0.85 (escala), 0.77 (criterio B), 0.80 (criterio C) y 0.68 (criterio D).</p>
<p>Índice Global de Duke de mejoría del Trastorno de Estrés Postraumático.</p> <p>DGRP.</p>	<p>Davidson et al., 1998.</p> <p>Bobes et al., 2000.</p>	<p><u>Administración :</u> Escala. Heteroaplicada.</p> <p><u>Descripción :</u> 3 ítems según criterios B(1),C(1),D(1) , DSM IV.</p> <p>Además de un ítem para evaluar la gravedad o mejoría del cuadro clínico.</p>	<p><u>Plc:</u>Clínica de diversos acontecimientos.</p> <p><u>Consistencia interna :</u> 0.83.</p>	✓	<p><u>Plc:</u> Diversos acontecimientos.</p> <p><u>Consistencia interna :</u> 0.87.</p>

3.8 Problemática de la evaluación del Trastorno de Estrés Postraumático en adultos.

Teniendo en cuenta los datos expuestos anteriormente, obtenidos a partir de las diferentes fuentes bibliográficas y del estudio de los distintos instrumentos de evaluación, se puede afirmar que la principal deficiencia que presentan los instrumentos de diagnóstico para el TEPT se centra en la no inclusión de todos los criterios diagnósticos vigentes para éste. Como se ha expuesto con anterioridad, gran parte de los instrumentos de evaluación obvian la evaluación del criterio A (la persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático), siendo necesaria la evaluación de éste, ya que si no cabría preguntarse ¿Es posible ser diagnosticado de TEPT sin haber sufrido un acontecimiento traumático?. Además, es preciso evaluar este criterio porque es este factor etiológico específico lo que hace al TEPT diferente de otros trastornos de ansiedad (Mc Farlane, 2000) y porque muchos de los pacientes no relacionan sus síntomas actuales con experiencias traumáticas previas, porque en ocasiones no existe un trauma claro y específico. Incluso se han detectado casos con la sintomatología propia del TEPT tras la exposición repetida a estresores menores (Brewin, Dalgleish y Joseph, 1996), y sólo una evaluación exhaustiva de la historia de acontecimientos traumáticos del sujeto permite comprender la sintomatología del paciente, con la implicación práctica de desarrollar tratamientos eficaces y ajustados a las características de la persona.

Si bien es cierto que los pacientes no relacionan su sintomatología actual con experiencias traumáticas previas, también es cierto que los pacientes en ocasiones omiten la información traumática, bien sea por vergüenza (e.g mujeres víctimas de agresiones sexuales), porque les resulta muy doloroso hablar de ello, o incluso porque la propia sintomatología postraumática, evitación, no favorece la verbalizaciones relacionadas con el acontecimiento traumático. Esto pone de manifiesto la necesidad de evaluar específicamente los acontecimientos traumáticos e indagar la posible presencia de trastornos relacionados con ellos. En esta línea, Escalona, Tupler, Saur, Krishnan y Davidson (1997), encontraron que al evaluar a los pacientes admitidos en una unidad psiquiátrica sólo un 2% habían recibido un

diagnóstico TEPT; sin embargo, cuando se valoró la historia de traumas y el TEPT como parte de un protocolo de investigación hasta un 39% cumplían criterios diagnósticos para el TEPT.

Por otro lado, cuando se evalúa el criterio A, no siempre es en su totalidad, ya que no sólo consiste en detectar si el individuo ha vivido o no el acontecimiento, sino si lo ha experimentado con indefensión, miedo u horror, tal y como indican los criterios diagnósticos de la clasificación DSM.

Además de obviar el criterio A, los instrumentos de diagnóstico del TEPT también omiten el criterio E (duración de los síntomas) y el criterio F (interferencia en la vida del individuo). Siendo ambos criterios igualmente relevantes para el diagnóstico, ya que si no es posible que se evalúe sintomatología postraumática, pero no TEPT.

Otra de las dificultades que presentan los instrumentos para la evaluación del TEPT en general, no solo los referidos al diagnóstico, es que en ocasiones no establecen una relación entre el acontecimiento traumático y la sintomatología actual. Por lo tanto, no podríamos asegurar que la sintomatología actual no estuviese presente antes del acontecimiento traumático.

Respecto a la evaluación de la sintomatología del TEPT, mencionar que esta suele ser limitada, ya que la mayoría de los instrumentos evalúan únicamente el número de síntomas que presenta la persona, sin incidir en la frecuencia e intensidad de éstos, aspectos relevantes de cara fundamentalmente al tratamiento.

Otra de las dificultades que presentan los instrumentos de evaluación del TEPT tiene que ver con la metodología empleada en su validación y en concreto con la población de estudio, ya que gran parte de los instrumentos, han sido validados con personas que se han expuesto a un único acontecimiento traumático. Por ejemplo, la escala PBRS (Resick, 1993) se ha diseñado exclusivamente para una población determinada (víctimas de violación). Llegando incluso, como es el caso del cuestionario HTQ (Mollica et al., 1992) a incluir ítems que han sido experimentados exclusivamente por refugiados de Indochina. Por lo tanto la aplicación de estos instrumentos a población sometida a otro tipo de acontecimientos, es bastante cuestionable.

Además, a excepción de la Escala de gravedad de síntomas del TEPT (Echeburúa et al., 1997), no existe un instrumento desarrollado y validado con población española.

Por todo ello, podemos concluir, que ningún instrumento de evaluación del TEPT, disponible hasta la fecha en castellano, cuenta con los requisitos necesarios para afirmar que se trata de un adecuado instrumento de diagnóstico del TEPT. Ya que ninguno de ellos evalúa todos los criterios diagnósticos, establece una relación entre la sintomatología y el acontecimiento traumático, ha sido validado con población española expuesta a diversos acontecimientos traumáticos, ofrece garantías psicométricas adecuadas y con todo ello no resulta muy demandante.

Por ello, posiblemente, se han ido generando instrumentos de evaluación del TEPT con el objetivo de cubrir aspectos muy concretos (e.g. evaluación de acontecimientos traumáticos vividos por la persona), dando lugar a una gran cantidad de instrumentos de evaluación del TEPT pero incompletos.

ESTUDIO EMPÍRICO

4. PLANTEAMIENTO GENERAL.

El objetivo general de esta investigación es el diseño, desarrollo y validación, en población sometida a distintos tipos de acontecimientos traumáticos, de un instrumento de evaluación autoaplicado en castellano, que permita el diagnóstico y caracterización del TEPT en adultos. Este planteamiento ha surgido a raíz de diversas consideraciones:

En primer lugar, de la importante tasa de prevalencia que los estudios ponen de manifiesto acerca de la frecuencia con la que el ser humano se expone a lo largo de su vida a un acontecimiento traumático. Aunque esta prevalencia puede ser muy variable en función del instrumento de evaluación utilizado en el estudio así como de metodología empleada, se ha encontrado (Breslau et al., 1998 y Keessler et al., 1995) que las personas vivimos de 1 a 5 acontecimientos traumáticos a lo largo de nuestra vida.

En segundo lugar, del importante grado de alteración que puede darse en la salud general del individuo tras la exposición a un acontecimiento traumático, ya que más del 10% de las personas presentan tras esta vivencia trastornos de ansiedad y/o trastornos estado del ánimo (Breslau, Davis, Andreski y Peterson, 1991; Amstadter et al., 2009; Carlson et al., 2010; Ghafoori et al., 2009; Rincón, Labrador, Arinero y Crespo, 2004; Vlahov et al., 2004) y entre un 1% y un 14% reciben un diagnóstico de TEPT (Breslau et al., 1998; Duma, Reger, Cannin, McNeil y Gahm, 2010; Kessler et al., 1995; Kulka et al., 1990; McMillen et al., 2000; Orengo, Rodríguez, Lahera y Ramírez., 2001; Udomratn, 2009). Incluso estas alteraciones pueden llegar a afectar al nivel de salud física (Buckley y Kaloupek, 2001; Cohen et al., 1997 y Keane et al., 1998) y llevar a comportamientos poco saludables (Breslau, Davis y Schultz, 2003).

En tercer lugar, como se ha comentado en el capítulo anterior, de las dificultades que presentan en la actualidad los instrumentos de evaluación del TEPT (Crespo y Gómez 2003), ya que la gran mayoría de los instrumentos de evaluación del TEPT no evalúan todos los criterios propuestos por las clasificaciones diagnósticas. Es más, buena parte de los instrumentos son

altamente demandantes tanto en la dificultad para su aplicación como en el tiempo a emplear para ello.

Además, gran parte de los instrumentos disponibles en la actualidad, han sido validados con víctimas de un único acontecimiento traumático. Por lo tanto la aplicación indiscriminada de estos instrumentos a población sometida a otro tipo de acontecimientos, es cuestionable.

En España, únicamente contamos con la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa et al., 1997), que fue desarrollada y validada con población española expuesta a diversos tipos de acontecimientos traumáticos.

Por todo lo anterior pareció oportuno diseñar, desarrollar y validar un instrumento de evaluación del TEPT en adultos, que se denominó Escala de Evaluación Global del Trastorno de Estrés Postraumático (EGEP), que contara con las siguientes características:

- Evalúe todos los criterios diagnósticos para el TEPT incluidos en las clasificaciones diagnósticas.
- Evalúe la relación entre la sintomatología a valorar y el acontecimiento traumático.
- Validado con población española expuesta a diversos tipos de acontecimientos traumáticos.
- Ofrezca garantías psicométricas adecuadas.
- Sea de aplicación fácil y breve.

El diseño, desarrollo y validación de la EGEP se llevó a cabo en dos fases.

La primera de ellas, *Diseño de la escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP)*, tuvo como objetivo general diseñar la escala propiamente. Para ello se empezó elaborando un listado de acontecimientos traumáticos a partir de la bibliografía sobre este tema. Este listado formaría parte de la escala, en lo que se refiere a la evaluación de la exposición a diversos acontecimientos traumáticos vividos por el participante, así como la

vivencia de estos. Una vez elaborado este listado se realizó un estudio piloto para valorarlo, y a partir de este se hicieron las correcciones oportunas para su inclusión dentro de la escala.

Posteriormente se diseñó la versión inicial de la EGEP, en la que se desarrollaron los ítems que comprenderían ésta, teniendo en cuenta las referencias de la literatura científica pertinente. A partir de esta revisión se optó por incluir además de la sintomatología postraumática descrita en las clasificaciones diagnósticas para el TEPT, determinada sintomatología postraumática, denomina en esta investigación *Síntomas Clínicos Subjetivos*, que hacen referencia a la presencia de sentimientos de desvaloración de uno mismo, de culpa y de inseguridad que aunque los estudios (Bordier, Goavec y Serpinet, 1986 y Foa et al., 1999) manifiestan como frecuentes en las personas que han sufrido un acontecimiento traumático no han sido recogidos habitualmente en los instrumentos de evaluación del TEPT.

Una vez que se finalizó la redacción final de la escala, un grupo de expertos revisó el instrumento aportando importantes valoraciones que se tuvieron en cuenta en el diseño y redacción final de la escala.

Esta primera fase supuso además del diseño de la EGEP, la elaboración de la batería de instrumentos que posteriormente se aplicaría a los participantes.

En una segunda fase, *Validación de la escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP)*, se validó la escala, aplicando para ello, por personal entrenado, la batería de evaluación desarrollada *ad hoc* que comprendía una parte de evaluación autoaplicada, compuesta por la EGEP además de otros instrumentos de evaluación psicológica, y otra heteroaplicada que consistía en la aplicación de la *Entrevista Diagnóstica Internacional CIDI* (OMS, 1990). Se optó por utilizar esta entrevista diagnóstica ajustada a los criterios de clasificación CIE porque es la única entrevista adaptada con población española para la evaluación del TEPT con un tiempo de aplicación no superior a 15 minutos.

Sin embargo tanto el desarrollo de la EGEP como los aspectos teóricos referidos en este trabajo están basados en la clasificación DSM

siguiendo indicaciones como las de Montgomery, Bech y Angst (2000) quiénes sugieren se utilice el sistema diagnóstico DSM. Además la Entrevista Diagnóstica Internacional CIDI (OMS, 1990) aunque fue desarrollada y validada por la OMS se ajusta al 100% a los criterios diagnósticos de la clasificación DSM.

Una vez aplicada la batería diseñada para la investigación se procedió a la codificación de los datos y estudio de estos para desarrollar la validación de la escala. De esta manera se pudo desarrollar un instrumento de evaluación del TEPT para valorar de forma breve a personas expuestas a acontecimientos traumáticos. Lo cual permitirá poder ofrecer a la población de forma ágil una propuesta de intervención ajustada a la clínica que presente.

4.1 Objetivos.

Como se ha señalado en el apartado anterior, el **objetivo general** de esta investigación es el diseño, desarrollo y validación, en población sometida a distintos tipos de acontecimientos traumáticos, de un instrumento de evaluación autoaplicado en castellano, que permita el diagnóstico y caracterización del TEPT en adultos.

Este objetivo se desglosa en los siguientes **objetivos específicos**:

1. Diseñar y desarrollar un instrumento para el diagnóstico y caracterización del TEPT en adultos que evalúe todos los criterios diagnósticos para el TEPT incluidos en las clasificaciones diagnósticas, así como la relación entre la sintomatología y el acontecimiento traumático. Siendo, además su aplicación fácil y breve. Permitiendo obtener información sobre:
 - Diagnóstico TEPT.
 - Intensidad de los síntomas postraumáticos.
 - Número de síntomas postraumáticos presentes.
 - Intensidad de los síntomas clínicos subjetivos.

- Especificación del trastorno (si se trata de una TEPT crónico o agudo y si es de inicio demorado).
 - Nivel de funcionamiento.
2. Validar este instrumento con población española sometida a distintos tipos de acontecimientos traumáticos, determinando:
- Fiabilidad de la escala.
 - Validez de contenido.
 - Validez de constructo.
 - Validez convergente.
 - Validez discriminante.
 - Validez predictiva.
 - Validez clínica.

4.2 Hipótesis.

Para analizar los objetivos de este estudio se propuso el contraste de las siguientes hipótesis:

H₁. Si la prueba desarrollada es un buen instrumento diagnóstico y exploratorio de la gravedad de los síntomas del trastorno, así como de factores relacionados, entonces:

H_{1a}: Identificará correctamente a los sujetos con TEPT independientemente del acontecimiento traumático vivido.

H_{1b}: Evaluará como casos todos aquellos en los que haya una presencia de sintomatología postraumática y síntomas clínicos subjetivos.

H₂. Si la prueba desarrollada ofrece garantías de fiabilidad y por lo tanto el instrumento mide correctamente lo que pretende medir, entonces:

H2a: En el análisis de la consistencia interna de la escala y de las subescalas que componen la prueba se obtendrá una puntuación de la escala y de las subescalas superior a 0.70, según indicaciones de Robinson, Shaver, y Wrihtsman (1991).

H2b: En el análisis de la consistencia interna de los ítems se encontrarán valores en las correlaciones del ítem con el total superiores a 0.35 (Cohen y Manion, 1990).

H3. Si la prueba desarrollada ofrece garantías de validez y por lo tanto el instrumento mide verdaderamente el concepto que pretende medir (Elosúa, 2003), entonces:

H3a: En el estudio de la validez de contenido se obtendrá que un 100% de los ítems de la prueba cubren los criterios diagnósticos del DSM IV-TR.

H3b: En el estudio de la validez de constructo se obtendrán los factores, grupos homogéneos de variables, capaces de explicar las respuestas de los participantes del estudio.

H3c: En el estudio de la validez convergente se obtendrán:

H3c1: Correlaciones significativas al nivel $p < .01$ o $p < .05$ de cada ítem con la subescala a la que pertenece y con las puntuaciones totales de la EGEP.

H3c2: Correlaciones entre cada ítem con la subescala a la que pertenece con valores superiores a las correlaciones establecidas entre el ítem y una subescala a la que no pertenece.

H3c3: Correlaciones significativas al nivel $p < .01$ o $p < .05$ entre cada subescala de la EGEP (reexperimentación, evitación y embotamiento afectivo e hiperactivación y síntomas clínicos subjetivos) y de estas con las puntuaciones globales en la EGEP.

H3d: En el estudio de la validez discriminante se obtendrán:

H_{3d1}: Correlaciones significativas al nivel $p < .01$ o $p < .05$ entre cada subescala de la EGEP (reexperimentación, evitación y embotamiento afectivo e hiperactivación y síntomas clínicos subjetivos) y puntuaciones globales de la EGEP con las puntuaciones en depresión, ansiedad, autoestima, alcoholismo y sintomatología psicopatológica.

H_{3e}: En el estudio de la validez predictiva se obtendrán:

H_{3e1}: Los puntos de corte óptimos, con adecuados valores en sensibilidad y especificidad, para cada subescala de la EGEP y puntuaciones globales de esta.

H_{3e2}: Análisis de Bayes, mediante la comparación entre los resultados obtenidos en la EGEP y una prueba de Oro (CIDI), que determinen los siguientes valores:

- Sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos y valores de eficiencia de la escala superiores al 75 % (Sackett et al., 1998).
- Valores en el índice de Youden próximos a 1 (Feinstein, 1985).
- Valores Kappa entre 0,61 y 0,80 que suponen un nivel de acuerdo fuerte (Feinstein, 1985).

H_{3f}: En el estudio de la validez clínica se obtendrán:

H_{3f1}: Diferencias significativas, al nivel $p < .01$ o al nivel $p < .05$, entre los participantes clasificados como “casos” y “no casos” en las variables relacionadas con la sintomatología postraumática, el inicio y duración de esta, el grado de afectación en el individuo y la sintomatología asociada.

5. FASE I: DISEÑO DE LA ESCALA DE EVALUACIÓN GLOBAL DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (EGEP).

En esta primera fase se presenta el procedimiento llevado a cabo en el diseño de la EGEP.

En primer lugar, se describe el estudio piloto que se realizó para valorar los acontecimientos traumáticos que se incluirían en la escala. Y posteriormente se describe el proceso del diseño inicial de esta, que fundamentalmente comprendía la determinación sobre cuál sería la estructura inicial de la EGEP, la generación y redacción los ítems con sus correspondientes alternativas de respuesta, y la redacción de las instrucciones pertinentes.

Por último se presentan los resultados obtenidos tras la revisión por un grupo de expertos de la versión inicial de la EGEP, así como los aspectos desarrollados para el diseño y redacción de la versión final de la escala.

5.1. Elaboración del listado de acontecimientos traumáticos y estudio piloto.

Con el fin de especificar los acontecimientos traumáticos que se incluirían en la Sección 1 de la escala, para ser seleccionados por los participantes, se llevó a cabo un estudio piloto con 44 estudiantes de 4º curso de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

Aunque los instrumentos sobre diagnóstico de TEPT disponibles hasta la fecha suelen recoger un listado de acontecimientos traumáticos, que también se encuentran en la literatura científica, nos pareció oportuno realizar este estudio para cubrir determinadas dificultades encontradas hasta la fecha. Entre estas, cabe destacar:

- El limitado número de acontecimientos recogidos en los listados.
- La no inclusión de determinados acontecimientos traumáticos (e.g. “acoso o maltrato psicológico”, “enfermedad, lesión o intervención médica”).
- La especificación de determinados acontecimientos, dejando otros al margen (e.g. “accidente industrial” y “accidente de transporte”), dejando al margen los accidentes domésticos o los que han podido darse durante actividades de ocio).
- La inclusión de consecuencias tras el acontecimiento traumático identificadas como el acontecimiento propiamente (e.g. “sufrir quemaduras”).

A los participantes se les presentaban una lista con 10 situaciones difíciles o estresantes (véase Anexo 1) en formato tabla, en la que tendrían que indicar si las habían presenciado o experimentado a lo largo de su vida. En este listado se recogían las siguientes situaciones: desastres naturales (por ejemplo, inundaciones, huracán, tornado, terremoto); accidentes (por ejemplo, de medios de transporte, laborales, industriales, domésticos, actividades de ocio); combate o exposición a zona de guerra (en el ejército o como civil); violación, abuso o ataque sexual; acoso sexual; ataque o asalto físico; actos terroristas o de tortura; encarcelamiento, detención o cautividad forzosa; enfermedad o lesión que supone una amenaza a la vida y cualquier otro acontecimiento o experiencia estresante.

Para cada una de estas situaciones tendrían que indicar si lo habían sufrido, si lo habían presenciado en alguna ocasión o si tenían conocimiento de que le sucedió a alguien cercano. Una vez cumplimentada la tabla se les solicitaba que indicasen las dificultades que habían tenido al cumplimentar el documento.

Una vez recogida la información facilitada por los participantes se realizaron las modificaciones que se consideraron oportunas y que se centraron en los aspectos que se recogen en la Tabla 5.1.

Tabla 5.1. Modificaciones realizadas en el listado de acontecimientos traumáticos tras el estudio piloto.

Sobre las instrucciones	- Se incluye la necesidad de contestar a las tres columnas que se proponen en el cuestionario.
Sobre la descripción de los acontecimientos	<ul style="list-style-type: none"> - Se concede una categoría específica a "Otro tipo de accidentes (laborales, industriales, domésticos, actividades de ocio)" independientemente de los accidentes de medios transporte. - En la categoría de "Acoso sexual" se recogen otro tipo de acoso (en el trabajo, por parte de antiguas relaciones,...). - El acontecimiento que hacía referencia a "Ataque o maltrato o asalto físico" se reformula como "Violencia Física (ataques, asalto, malos tratos,...)". - En el acontecimiento descrito como "Enfermedad o lesión que supone una amenaza para la vida" se incluye que pueda tratarse también de una intervención médica que pueda suponer además de una amenaza para la vida, una amenaza para su integridad física, ya sea de uno mismo o de una persona cercana. - Se incluye el acontecimiento que hace referencia a la muerte de una persona cercana o ser querido.
Sobre la redacción	- La categoría "Lo presencié" se redactó de una forma más concreta quedando recogida como "Lo presencié directamente pero no me sucedió" y la de "Tuve conocimiento" se redactó como "Le sucedió a alguien cercano".

Mediante este estudio piloto se diseñó tanto el listado de posibles acontecimientos a los que el participante podía haberse expuesto directamente, presenciado o tener conocimiento de haberle sucedido a alguien cercano, así como las instrucciones para su cumplimentación. En concreto, los acontecimientos que definitivamente se incluirían en la escala, tras el estudio fueron:

- Desastres naturales (por ejemplo, inundaciones, huracán, tornado, terremoto).
- Accidentes de medios de transporte (coche, tren, avión, barco).
- Otro tipo de accidentes (laborales, industriales, domésticos, actividades de ocio).
- Combate o exposición a zona de guerra (en el ejército o como civil).
- Violación, abuso o ataque sexual.
- Acoso (sexual, en el trabajo, por parte de antiguas relaciones,...) y maltrato psicológico.

- Violencia física (ataques, asaltos, maltrato,...).
- Actos terroristas o de tortura.
- Encarcelamiento, detención o cautividad forzosa.
- Enfermedad, lesión o intervenciones médicas que suponen una amenaza para la vida o la integridad física.
- Muerte de una persona cercana o ser querido.

Aunque este pormenorizado listado solventaba las dificultades descritas anteriormente, que encontrábamos tanto en los instrumentos sobre diagnóstico de TEPT como en la literatura científica en lo que respecta a la recogida de posibles acontecimientos traumáticos, se incluyó finalmente otra categoría denominada “Cualquier otro acontecimiento o experiencia estresante” puesto que no parece posible tener la certeza de recoger todas las posibles situaciones a las que el ser humano puede verse expuesto en su trayectoria vital.

5. 2. Diseño inicial de la escala.

Para llevar a cabo el diseño de la escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático, a la que se designó con las siglas EGEP, se siguieron las directrices de Spector (1992) que indica para el desarrollo de instrumentos de evaluación.

En primer lugar se generaron los ítems que iban a formar la escala. En la elaboración de los ítems se tuvieron en cuenta los propuestos en algunos instrumentos de evaluación del TEPT como el *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale* (PDS; Foa., 1995), la *Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático* (EGS; Echeburúa et al., 1997), la *Escala de inadaptación* (EI; Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000), el *Questionnaire to Rate Traumatic Experiences* (TQ; Davidson et al., 1990) y el *Traumatic Life Events Questionnaire* (TLEQ; Kubany et al., 2000).

Los ítems que se incluyeron hacían referencia a la evaluación de los criterios referidos en el DSM IV- TR para el TEPT. En concreto estos son:

- Caracterización del acontecimiento traumático (Criterio A1 DSM IV-TR).
- Reacción emocional ante el acontecimiento traumático (Criterio A2 DSM IV-TR).
- 17 síntomas característicos del TEPT (Criterios B, C y D DSM IV-TR).
- Duración de los síntomas (Criterio E DSM IV-TR).
- Especificación de la relación entre síntomas y acontecimientos traumáticos.
- Impacto de los síntomas en el funcionamiento del sujeto (Criterio F DSM IV-TR).

También se incluía la evaluación de otros síntomas clínicos subjetivos, relacionados con el trauma y sus secuelas. En concreto 9 síntomas que hacen referencia a: sentimientos de culpa por haber sobrevivido al acontecimiento, sentimientos de culpa por algo que hizo o dejó de hacer durante el acontecimiento, sentimientos de responsabilidad sobre el acontecimiento, sentimientos de desconfianza en los demás, sentir el mundo como un lugar peligroso, sensaciones de desrealización y/o despersonalización y sentimientos de desvalorización después del acontecimiento. Para la elaboración de estos ítems se tomó como referencia el *Posttraumatic Cognitions Inventory*, PTCI (Foa et al.,1999).

En este primer momento quedó delimitado, además de los ítems a incluir en la EGEP y sus alternativas de respuesta, la estructura de la escala con las secciones que la compondrían (véase Anexo 2), así como la instrucciones y el formato de respuesta. En la Tabla 5.2 se presentan, a modo de resumen, las secciones de la versión inicial de la EGEP, el objetivo a alcanzar con cada una de ellas, el número de ítems que las conformaban y las fuentes fundamentales para su desarrollo.

Tabla 5.2. Esquema inicial de la EGEP y Fuentes para la elaboración de los ítems.

SECCION	OBJETIVO	NUMERO ITEMS	INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN EL DESARROLLO DE LA SECCIÓN
1. Acontecimientos	Recoger la descripción del acontecimiento, la reacción emocional frente a este y su caracterización.	27	<ul style="list-style-type: none"> - Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS; Foa., 1995). - Questionnaire to Rate Traumatic Experiences (TQ; Davidson et al., 1990) Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ; Kubany et al., 2000). -Estudio piloto diseñado ad hoc para elaborar los acontecimientos a incluir en la escala.
2. Síntomas	Evaluar la presencia de los 17 síntomas que formar parte del diagnóstico del TEPT, así como síntomas clínicos subjetivos. Así como la intensidad de estos cuando están presentes.	28	<ul style="list-style-type: none"> - Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS; Foa., 1995). - Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (EGS; Echeburúa et al., 2000). -Posttraumatic Cognitions Inventory, (PTCI; Foa et al., 1999). - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 th Edition.rev. (American Psychiatric Association, 2000).
3. Funcionamiento	Evaluar el funcionamiento general del participante con referencia a la sintomatología.	7	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de inadaptación (EI; Echeburúa et al., 2000). - Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS; Foa., 1995).

5.3. Revisión de la escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP) por un grupo de expertos.

Por último, el instrumento fue revisado por un grupo de 12 expertos en evaluación psicológica y en TEPT. Para llevar a cabo esta prueba de jueces se diseñó un documento (véase Anexo 3) en el que se incluía la prueba diseñada y un cuestionario de evaluación de ésta. La evaluación se centró en valorar los siguientes aspectos de la prueba:

- Relevancia y representatividad de cada ítem.
- Concisión y claridad de la prueba y de cada ítem.
- Adecuación del formato de respuesta y de las instrucciones.
- Aspectos claves y omitidos de la prueba.
- Validez de contenido.

Cada uno de estos aspectos se puntuaba en una escala tipo likert de 0 – 5. Además se incluyó un apartado en el que se recogían los aspectos claves y omitidos de la prueba. Por último se incluyeron 6 ítems para valorar la opinión general de la prueba.

El procedimiento que se llevó a cabo para la entrega de este cuestionario a los jueces fue el siguiente: la Directora del presente trabajo convocó una reunión dirigida al grupo de expertos, al que se le explicó el objetivo del estudio así como de su participación. Posteriormente, se procedió a la entrega del cuestionario diseñado *ad hoc* que se comentó detenidamente junto con las instrucciones pertinentes, solicitándoles finalmente que cuando estuviese valorado nos los hiciesen llegar. Este procedimiento tuvo una variación, en aquellos casos en los que el experto no pudo asistir a la reunión presencial, que consistió en facilitar la información telefónicamente y se les hizo llegar el cuestionario mediante correo postal.

A partir de las indicaciones señaladas por el grupo de expertos para cada una de las secciones que componen la EGEP, se modificaron los aspectos que estos consideraron oportunos y que se señalan en las Tablas 5.3 a 5.5.

Tabla 5.3. Modificaciones, tras la revisión del grupo de expertos, realizadas en la sección 1: Acontecimientos.

SECCIÓN 1: ACONTECIMIENTOS	
Sobre las instrucciones	<ul style="list-style-type: none"> - Se incluye que al indicar la vivencia, presencia o el conocimiento de un acontecimiento traumático debe señalarse poniendo una cruz (X).
Sobre los aspectos omitidos en la prueba	<ul style="list-style-type: none"> - En la categoría de "Acoso" se incluye el maltrato psicológico. - En el acontecimiento que hacía referencia a "Violencia Física (ataques, asalto, malos tratos,...)", se sustituye la especificación "malos tratos" por "maltrato". - Se incluye el ítem 16 con la finalidad de evaluar la frecuencia de aparición del acontecimiento. Categorizándolo como; "en una única ocasión, en varias ocasiones, de forma repetida o reiterada". - Se incluye, dentro de las consecuencias que el acontecimiento supuso para la persona, "Amenazas para la dignidad personal, el honor, ..."
Sobre la adecuación del formato de respuesta	<ul style="list-style-type: none"> - Se elimina el formato de respuesta detallado en cada acontecimiento como Si /No y se deja cada casilla de la Tabla X de Acontecimientos en blanco para que el participante la pueda exclusivamente señalar (si es su caso) con una cruz (X). - Se elimina, dentro de la valoración de gravedad del acontecimiento, la categoría "Nada".
Sobre la redacción	<ul style="list-style-type: none"> - En el área de vivencia del acontecimiento traumático cuando hace referencia a "Conteste a las siguientes preguntas en relación con el acontecimiento que ha descrito en el ítem anterior" se reformula por "Conteste a las siguientes preguntas en relación con el acontecimiento que ha descrito en el ítem 13". - En el área de evaluación del inicio del acontecimiento traumático se obvia en la redacción "en la edad adulta".

Tabla 5.4. Modificaciones, tras la revisión del grupo de expertos, realizadas en la sección 2: Síntomas.

SECCIÓN 2: SINTOMAS	
Sobre las instrucciones	- Se cambia el formato de letra minúscula a mayúscula cuando se indica en las instrucciones que "COMPLETE TODAS LAS AFIRMACIONES".
Sobre los aspectos omitidos en la prueba	- En la evaluación del momento en que comenzó a presentarse la sintomatología desde que ocurrió el acontecimiento, se incluye una categoría no recogida con anterioridad,; "Nada más ocurrir el acontecimiento".
Sobre la adecuación del formato de respuesta	- Ningún aspecto a modificar.
Sobre la redacción	<ul style="list-style-type: none"> - El ítem que hace referencia al segundo síntoma del criterio de reexperimentación: "Tiene sueños desagradables y recurrentes del acontecimiento" se cambia la redacción a: "Tiene sueños desagradables y repetitivos del acontecimiento". - El ítem que hace referencia al tercer síntoma del criterio de reexperimentación: "Actúa o siente como si el acontecimiento estuviera ocurriendo de nuevo" se cambia la redacción a: "Hay momentos en los que actúa o siente como si estuviera viviendo de nuevo el acontecimiento". - El ítem que hace referencia al cuarto síntoma del criterio de reexperimentación: "Siente un malestar intenso cuando algo le recuerda el acontecimiento" se cambia la redacción a: "Siente malestar (nerviosismo, inquietud,...) cuando algo le recuerda el acontecimiento". - El ítem que hace referencia al tercer síntoma del criterio de evitación: "Se siente incapaz de recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento" se cambia la redacción a: "Tiene dificultades para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento". - El ítem que hace referencia al sexto síntoma del criterio de evitación: "Se siente incapaz de experimentar ciertas emociones (como amor, felicidad,...)" se cambia la redacción a: "Tiene dificultad para experimentar ciertas emociones (como amor, felicidad, ternura, deseo sexual,...)". - El ítem que hace referencia al séptimo síntoma del criterio de evitación: "Tiene una sensación de acortamiento de futuro (renuncia a plantearse metas para el futuro) se cambia la redacción a: "Siente que no va a cumplir ciertas metas en el futuro (no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia,...)". - Siempre que se hace referencia a "síntomas" se sustituye por "problemas".

Tabla 5.5. Modificaciones, tras la revisión del grupo de expertos, realizadas en la sección 3: Funcionamiento.

SECCIÓN 3: FUNCIONAMIENTO	
Sobre las instrucciones	- Ningún aspecto a modificar.
Sobre los aspectos omitidos en la prueba	- Ningún aspecto a modificar.
Sobre la adecuación del formato de respuesta	- Ningún aspecto a modificar.
Sobre la redacción	<ul style="list-style-type: none"> - La evaluación sobre consultas a médicos u otros profesionales de la salud se unifican en el mismo ítem. Y se especifica que los profesionales de la salud pueden ser enfermeros o psicólogos. - En la evaluación de la posible interferencia de los síntomas indicados por el participante en otras áreas de su vida en el ítem: “¿Han interferido los síntomas en algún otro aspecto de su vida?” se cambia la redacción a: “ ¿Han afectado negativamente esos problemas en algún otro aspecto importante de su vida?”. - Siempre que se hace referencia a “síntomas” se sustituye por “problemas”. - Siempre que se hace referencia al grado de “interferencia” se sustituye por “afectado negativamente”.

5.4. Diseño y redacción final de la escala.

A partir de las modificaciones realizadas tras la revisión por el grupo de expertos se obtuvo la estructura definitiva que presenta la escala con un total de 62 ítems (véase Anexo 4) y que se describe detalladamente a continuación (véase también Crespo y Gómez, 2003):

Sección 1: Acontecimientos.

Esta parte está compuesta por 27 ítems y en ella se recoge la descripción, la reacción emocional ante el acontecimiento traumático y la

caracterización de este. Por lo que en esta sección nos centramos en la evaluación del Criterio A1 y A2 del DSM IV-TR.

- En primer lugar, se incluye una tabla en la que se recogen todos los acontecimientos traumáticos obtenidos a partir del estudio piloto desarrollado para este fin, en la que se listan los once acontecimientos y un apartado en el que el participante podía señalar otro más que no hubiese sido especificado. De este modo tendría que señalar aquellos acontecimientos que hubiese vivido, presenciado o tuviese conocimiento de que lo hubiese ocurrido a alguien cercano.
- A continuación de esta tabla, se vuelve a encontrar en esta sección, la misma tabla para que el participante señale aquel acontecimiento que le “ha causado o le causa en la actualidad mayor malestar” de todos los que ha señalado con anterioridad. Una vez seleccionado este acontecimiento, se ha dedicado un espacio dentro de la prueba en el que el participante describe brevemente el acontecimiento señalado.
- Una vez descrito este acontecimiento, el participante tiene que valorar la gravedad de éste en una escala (leve-moderada-extrema). Además de concretar cuando sucedió el acontecimiento y la frecuencia de éste, y si la vivencia del suceso se caracterizó por respuestas de miedo, indefensión u horror.
- Por último, en esta sección, se plantean las posibles consecuencias del suceso (e.g. amenaza para la integridad física), que el participante debe señalar como pertinentes (si /no) en su caso.

Sección 2: Síntomas.

En esta sección, compuesta por 28 ítems, aparecen enunciados los 17 síntomas para el TEPT según DSM IV-TR. Además se incluyen los 9 ítems, citados con anterioridad, que hacen referencia a los síntomas clínicos subjetivos, y que tal y como se ha descrito en apartados anteriores es oportuno incluir con el fin de evaluar de forma precisa sintomatología postraumática. El participante debe señalar si experimenta cada uno de los síntomas en relación

con el acontecimiento traumático seleccionado en la Sección 1, y en caso afirmativo, el grado de malestar que éste le provoca en una escala de 0-4, siendo 0 nada de molestia y 4 extrema.

Con el fin de especificar si se trata de un TEPT crónico o agudo y si el inicio del trastorno es demorado, se evalúa también en esta sección, el momento de inicio de la sintomatología, así como el tiempo transcurrido entre el acontecimiento y el inicio de la sintomatología, mediante 2 ítems.

Esta sección mediría los criterios B, C, D y E del DSM-IV-TR para el TEPT, añadiendo los síntomas clínicos subjetivos, no recogidos en los criterios diagnósticos.

Sección 3: Funcionamiento.

La última sección de la EGEP, formada por 7 ítems, tiene como objetivo evaluar el funcionamiento general del individuo con referencia a la sintomatología. Para ello se han diseñado 7 ítems que hacen referencia a las principales áreas de la vida del individuo (e.g. área laboral, familiar...).

Esta sección mediría, por tanto, el criterio F para el diagnóstico del TEPT según el DSM-IV-TR.

De este modo, la EGEP podrá ofrecer a partir de estas tres secciones información sobre el acontecimiento traumático, sobre la sintomatología postraumática y sobre el nivel de funcionamiento del individuo en relación a la sintomatología, permitiendo obtener puntuaciones sobre:

- Diagnóstico TEPT.
- Intensidad de los síntomas postraumáticos.
- Número de síntomas postraumáticos presentes.
- Intensidad de los síntomas clínicos subjetivos.
- Especificación del trastorno (si se trata de una TEPT crónico o agudo y si es de inicio demorado).
- Nivel de funcionamiento.

Para valorar el grado de legibilidad de la escala, se aplicó el Índice Flesch, mediante la herramienta de corrección ortográfica y gramatical del Programa Word 2003, obteniéndose los siguientes datos:

- Índice Flesch (100 = legibilidad máxima): 55
- Índice de complejidad oracional (100 = legibilidad mínima): 2
- Índice de complejidad de vocabulario (100 = legibilidad mínima): 32
- Legibilidad integrada. Legin (200 = legibilidad máxima): 153

De acuerdo con las sugerencias de García-Ortega y Cozar-Murillo (2001), Barrio-Cantalejo y Simón-Lorday (2003), y con las directrices marcadas por el B.O.E. 20-10-1999 para la elaboración de documentos científicos; estos valores se consideran adecuados, ya que superan los criterios establecidos. Esto es, valores en el índice Flesch superiores a 10, inferiores a 40 en los índices de complejidad oracional y de vocabulario y superiores a 70 en la legibilidad integrada.

6. FASE II: VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE EVALUACIÓN GLOBAL DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (EGEP).

En esta fase del trabajo se presentan los pasos llevados a cabo para la validación de la EGEP, diseñada y desarrollada en la fase anterior. Se compone de dos apartados, ya que se describe tanto el método empleado como los resultados obtenidos.

El primer apartado, método, se centra tanto en la descripción de como se realizó la toma de contacto con posibles centros e instituciones que pudiesen ponernos en contacto con personas susceptibles de participar en el estudio, como en la presentación de las variables e instrumentos que formarían parte de la batería de evaluación, el entrenamiento aplicado a los evaluadores y la aplicación de esta propiamente. Además, dentro de este apartado se muestra cómo se llevó a cabo la codificación de los datos y el análisis de estos.

En un segundo apartado, resultados, se muestran los resultados obtenidos tras el análisis de datos y que ofrecen información desde la caracterización de la muestra hasta las propiedades psicométricas de la escala.

6.1. Método.

6.1.1 Participantes.

Se contactó con diversos centros e instituciones que evalúan, asesoran y/o intervienen con víctimas. En principio se estableció un primer contacto, telefónico o por e-mail con el responsable del centro o institución, en el que se explicaba el estudio que se estaba llevando a cabo. En un segundo momento se planteaba una reunión con el fin de explicar detalladamente en qué consistía el estudio y el procedimiento que se llevaría a cabo para la evaluación de los participantes, que se recogían a modo de resumen en un tríptico que se entregaba al responsable del centro (véase anexo 5).

La muestra estuvo constituida por participantes procedentes de diversos centros e instituciones con los que se establecieron convenios de colaboración, en concreto estos fueron: Hospital Nuestra Señora de América, Hospital Militar Gómez Ulla, Beccaria - Asociación de ayuda a las víctimas, Stop-Accidentes -Asociación de ayuda a víctimas de accidentes de tráfico, Asociación Nacional de víctimas de delitos violentos, ICAS - Atención en catástrofes, Comedor de Refugiados Políticos de la Comunidad de Madrid, Centro de la Mujer Rosa de Luxemburgo de Leganés, Centro de la Mujer de Collado-Villalba y Servicios Sociales de Entrevías, IPSE Intervención Psicológica Especializada y Asociación ACAL – Asociación contra el acoso Laboral. Además se obtuvieron participantes de la Universidad Complutense de Madrid, a través de la divulgación, mediante carteles (véase anexo 5), de la investigación que se estaba llevando a cabo.

Los criterios de inclusión de los participantes eran:

- Haber vivido, presenciado o tener conocimiento de un acontecimiento traumático, al menos un mes antes de la evaluación. Este criterio se estableció por ser este el intervalo temporal mínimo para poder hacer un diagnóstico de TEPT.
- Ser mayor de 18 años.
- Aceptar por escrito el consentimiento informado, sobre el estudio a realizar. Así como la conformidad por parte del participante para hacer llegar los resultados de la evaluación al Responsable del Centro o Institución pertinente (véase anexo 6).
- Manejo del castellano escrito y hablado.

Fueron excluidos del estudio todas aquellas personas:

- Con trastorno psicótico en el momento de la evaluación.
- Con deterioro cognitivo.
- Con un estado de intoxicación por alguna sustancia en el momento de la evaluación.

Se evaluó a un total de 175 personas.

6.1.2 Variables e instrumentos.

La evaluación de los participantes se realizó mediante una batería de instrumentos compuesta por dos partes, presentadas a modo de resumen en la Tabla 6.1. La primera de ellas, de formato autoaplicado (véase anexo 7), y la segunda parte de la batería de evaluación, de formato heteroaplicado (véase anexo 8).

Tabla 6.1. Batería de evaluación.

VARIABLE	INSTRUMENTO	FORMATO
Datos sociodemográficos	Formulario de datos personales	Autoaplicado
Diagnóstico TEPT	Escala de evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP).	Autoaplicado
Sintomatología Depresiva	Inventario de depresión de Beck (Beck Depresión Inventory, BDI II) (Beck, Steer y Brown, 1996).	Autoaplicado
Sintomatología ansiosa	Inventario de ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI) (Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988).	Autoaplicado
Nivel de autoestima	Escala de Autoestima (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSE) (Rosenberg, 1965).	Autoaplicado
Presencia o no de alcoholismo	CAGE (CAGE Questionnaire) (Ewing, 1984).	Autoaplicado
Sintomatología psicopatológica	Inventario breve de síntomas (Brief Symptom Inventory, BSI) (Derogatis, 1982).	Autoaplicado
Diagnóstico TEPT	Composite International (Diagnostic Interview, CIDI) (OMS, 1997).	Heteroaplicado

De forma más detallada, se describen a continuación los instrumentos que componían la *batería de instrumentos autoaplicados* presentados en el orden en el que aparecen en la misma.

- *Formulario de datos personales de diseño propio.*

Se realizó un cuestionario *ad hoc* para evaluar las variables sociodemográficas, teniendo en cuenta los datos que se describen en la literatura científica sobre el tema. En el cuestionario se recogían los datos personales del participante, en concreto: sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, situación laboral y nacionalidad.

- *Escala de evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP).*

Se ha descrito en el apartado anterior del presente documento y es objeto de validación del presente estudio.

- *Inventario de Depresión de Beck II (Beck Depresión Inventory, BDI II) (Beck et al., 1996).*

El BDI es el cuestionario más utilizado para medir depresión. Dentro de la evaluación de sintomatología depresiva, se centra especialmente en la evaluación de aspectos cognitivos. Las versiones más actuales de este cuestionario están diseñadas para ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas de depresión como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como la culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión, como la fatiga, la pérdida de peso y de apetito sexual. Existen tres versiones del BDI: la versión original, publicada en 1961 y revisada posteriormente en 1971 bajo el título de BDI-1A; y el BDI-II, publicado en 1996. Este último cuestionario, que es el que se aplicó en el presente estudio, consta de 21 ítems, y cada uno de ellos se valora con una escala de 0 a 3, que hace referencia a la intensidad del síntoma. Permite apreciar el nivel global de depresión, los cambios emocionales globales a lo largo del tiempo, y obtener una valoración precisa de las cuestiones que caracterizan típicamente a la depresión: emociones negativas, nivel de actividad, problemas de interacción, sentimientos de menosprecio, inadecuación y culpa y síntomas físicos. No es un instrumento diagnóstico, ya que sólo permite obtener una

puntuación que se estima como medida de la gravedad de la depresión del paciente con cualquier diagnóstico clínico.

Respecto a los puntos de corte del instrumento, se han sugerido (Beck et al., 1996) que las puntuaciones hasta 13 indican depresión mínima, de 14 a 19 depresión leve, de 20 a 28 depresión moderada y 29 o más puntuación depresión grave. Por lo tanto, cuanto mayor es la puntuación, mayor gravedad.

La adaptación española del cuestionario (Sanz, Navarro y Vázquez, 2003) utilizada en el presente trabajo, presenta unos índices psicométricos adecuados. Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortín y Vázquez (2005) han analizado las propiedades psicométricas del instrumento en población clínica española, obteniendo un coeficiente alfa de fiabilidad de 0,89 y Sanz, Perdigón y Vázquez (2003) han analizado estas propiedades en población general, encontrando un coeficiente alfa de 0,87. Además, se encontró una correlación positiva ($r = 0.71$) con la Escala Revisada de Hamilton para la depresión (HRSD-R, Hamilton 1967). Tanto la validez convergente como discriminante, presentan unos índices adecuados.

En el presente estudio el BDI-II obtuvo un índice de fiabilidad, calculado mediante el alfa de Cronbach de .929

- *Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI) (Beck et al., 1988).*

Este inventario de evaluación fue desarrollado por Beck, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Y fue concebido específicamente para valorar la intensidad de los síntomas de ansiedad.

Es un instrumento autoaplicado compuesto por 21 ítems, traducido y validado con población española (Sanz y Navarro, 2003), que describe diversos síntomas de ansiedad. En su contenido podemos distinguir aspectos dirigidos a la evaluación de síntomas fisiológicos, afectivos y cognitivos. Para cada uno de los ítems el sujeto debe puntuar el grado en que se ha visto afectado para cada uno de ellos durante la última semana. El formato de respuesta es mediante

una escala tipo Likert con 4 categorías de respuesta (desde en absoluto hasta severamente).

El rango de puntuación del cuestionario está entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos (Beck et al., 1988; Sanz y Navarro, 2003) para este cuestionario son de ansiedad normal si la puntuación obtenida es igual o inferior a 9, ansiedad leve – moderada de 10 a 18, ansiedad moderada – grave de 19 a 29 y de 30 a 63 como ansiedad grave.

Las propiedades psicométricas del cuestionario es su versión en castellano (Sanz y Navarro, 2003) son adecuadas. Encontrando una puntuación de 0,88 para la consistencia interna del inventario. Sobre la validez discriminante, se ha encontrado que el BAI correlaciona (0,48) con el BDI-II, con la Sub-escala de depresión (0,62) del SCL- 90 (Derogatis, 1982) y con la Escala Revisada de Hamilton (0,25) para la depresión (HRSD-R, Hamilton, 1967).

En el presente estudio el BAI obtuvo un índice de fiabilidad, calculado mediante el alfa de Cronbach de .937

- *Escala de Autoestima (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSE) (Rosenberg, 1965).*

Esta escala evalúa el sentimiento de insatisfacción de la persona consigo misma. Se utilizó para el estudio la versión española de Echeburúa y Corral (1998).

Este instrumento está compuesto por 10 ítems, de los cuales 5 están redactados en forma positiva y 5 en forma negativa. El formato de respuesta es mediante una escala tipo Likert con 4 categorías de respuesta (desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo). Cuanto mayor es la puntuación obtenida en la escala más elevada es la autoestima.

Los autores del cuestionario no han establecido puntos de corte, es decir, puntuaciones que permitan clasificar el tipo de autoestima según la puntuación obtenida, aunque se suele considerar como rango normal de puntuación el situado entre 25 y 35 puntos. Ward (1977) considera 29 un punto

de corte adecuado para población adulta en la discriminación de los niveles de alta y baja autoestima. Este es el punto que se ha considerado, en el presente trabajo, para establecer el nivel de autoestima.

La consistencia interna de la escala, en castellano, es alta, obteniéndose un valor de 0,83 (Arinero, Crespo, López y Gómez, 2004; Pastor, Navarro, Tomás y Oliver, 1997). Igualmente posee una validez discriminante adecuada y presenta una correlación alta y negativa (-0,70) con la escala rasgo del STAI.

La fiabilidad de la Escala de Rosenberg para este estudio, calculada mediante el alfa de Cronbach, fue de .834

- *CAGE (CAGE Questionnaire) (Ewing, 1984).*

Este cuestionario autoaplicado de *screening* tiene como finalidad detectar abuso de alcohol. Es altamente sensible a las formas graves de abuso de alcohol. Es un cuestionario rápido y sencillo que consta de 4 ítems, que el sujeto debe puntuar con una respuesta dicotómica (sí / no). Su nombre hace referencia a las preguntas que lo componen en inglés: *Cut-down, Annoyed, Guilty* y *Eye-opener*. Se utilizó para el estudio la versión española de Rodríguez-Martos, Navarro, Vecino y Pérez (1986).

El punto de corte del instrumento puede situarse en 1 o en 2, este último es el más aceptado. Y en función de la variabilidad del punto de corte la sensibilidad puede oscilar entre 100%, para el punto de corte 1, y 96%, para el punto de corte 2 y los valores de especificidad, estarían en 98% y 100% respectivamente (Rodríguez-Martos et al., 1986).

- *Inventario breve de síntomas (Brief Symptom Inventory, BSI) (Derogatis, 1982).*

Se trata de un autoinforme de 53 ítems empleado en la evaluación de síntomas psicopatológicos. Concretamente se trata de la forma breve del SCL-90- R (Derogatis, 1977). Cada ítem de BSI se puntúa en una escala tipo Likert

de 5 puntos (desde nada en absoluto hasta totalmente). Los síntomas están agrupados en 9 dimensiones: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Además, de estas dimensiones sintomáticas, incluye tres índices globales que describen la intensidad de patología en el encuestado: índice de intensidad global, índice de malestar y, total de síntomas positivos.

El instrumento tiene una consistencia interna que oscila entre 0,71-0,85, en función de la escala y una fiabilidad test-retest de 0,68-0,91. Además, el BSI tiene una buena correlación con el SCL – 90, por encima de 0,90 en todas las dimensiones. (Derogatis, 1977).

En el presente estudio se aplicó la versión en español de los propios autores de la prueba, obteniéndose un índice global de fiabilidad (alfa de Cronbach) de 0,96, oscilando el índice de las distintas subescalas de la prueba entre 0,88 obtenido en la subescala de obsesión-compulsión y 0,76 obtenido en la subescala de psicoticismo.

La segunda parte de la batería de evaluación, se aplicaba en formato de entrevista e incluía la siguiente prueba:

- *Sección TEPT de la Entrevista Diagnóstica Internacional (Composite International Diagnostic Interview. Versión 1.0, CIDI) (OMS, 1990).*

El objetivo de la CIDI es evaluar los trastornos mentales de acuerdo con las definiciones y criterios diagnósticos de la CIE-10. Inicialmente tenía una finalidad epidemiológica, actualmente también se usa con fines clínicos y de investigación. El evaluador determina la presencia o ausencia de sintomatología psicológica mediante un sistema de sondeo, que de forma concreta discierne entre la sintomatología orgánica vs mental y además incluye un sistema de sondeo temporal para determinar las fechas del inicio y presencia del síntoma.

La entrevista se estructura en módulos de la siguiente forma:

- Sección A: Datos demográficos.
- Sección B: Trastornos debidos al consumo de tabaco.
- Sección C: Trastornos somatomorfos y disociativos (de conversión).
- Sección D: Trastornos fóbicos y otros trastornos de ansiedad.
- Sección E: Trastornos depresivos y trastorno distímico.
- Sección F: Episodio maniaco y trastorno afectivo bipolar.
- Sección G: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Sección H: Trastornos de la conducta alimentaria.
- Sección J: Trastornos debidos al consumo de alcohol.
- Sección K: Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de estrés postraumático.
- Sección L: Trastornos debido al consumo de sustancias psicotropas.
- Sección M: Demencia, amnesia y otros trastornos cognitivos.
- Sección P: Observaciones del entrevistador.
- Sección X: Evaluación del entrevistador.

La CIDI ha sido diseñada para su uso en distintas culturas y entornos lo que ha posibilitado que la versión original esté disponible en diversos idiomas.

En el presente estudio ha sido utilizada la versión española de la sección K de esta entrevista, que hace referencia al TEPT. Esta sección consta de un total de 37 ítems, de los que 10 ítems que hacen referencia a los posibles acontecimientos que la persona ha podido vivir y otro no incluido, 2 ítems hacen referencia a como se sintió la persona cuando vivió este acontecimiento, 1 ítem valora la edad que tenía la persona cuando sucedió, 17 ítems hacen referencia a los síntomas postraumáticos de reexperimentación, evitación y activación, 3 ítems hacen referencia a la duración de estos síntomas y a su inicio, y por último 3 ítems hacen referencia al nivel de funcionamiento del individuo.

Respecto a las propiedades psicométricas de la CIDI, señalar que posee una sensibilidad del 80%, una especificidad del 97%, un valor predictivo

positivo del 71% y un valor predictivo negativo del 98% (Wacker, Mullejans y Klein, 1992).

El orden aplicación de los instrumentos descritos anteriormente fue tal y como se han presentado en este documento, ya que según Foa et al. (1997) este orden controla la posible influencia de las preguntas de la entrevista en las respuestas del instrumento autoaplicado.

6.1.3 Procedimiento.

6.1.3.1 Entrenamiento de los evaluadores.

Con el fin de aplicar la batería descrita con anterioridad se entrenó a varios evaluadores en la aplicación de los cuestionarios y entrevista que componían la batería de evaluación, con el fin de seguir las indicaciones de Salvador, Romero y González (2000) sobre la importancia de contar con evaluadores con formación y experiencia con el instrumento de evaluación. Todos ellos eran psicólogos o estudiantes de último curso de Licenciatura que voluntariamente habían decidido participar en el estudio. En este entrenamiento se hizo especial hincapié en la segunda parte, de formato heteroaplicado, puesto que un óptimo manejo de la entrevista CIDI requiere varias sesiones de entrenamiento. Los entrenadores fueron la Directora y Doctoranda del presente trabajo, además de una experta² en la aplicación de la entrevista CIDI. A continuación se detalla el esquema aplicado durante este:

² Agradecemos a la Profesora Mónica Bernaldo de Quirós su participación en el entrenamiento de la entrevista CIDI.

ESQUEMA DEL ENTRENAMIENTO A EVALUADORES.

Sesión 1:

1. Presentación del estudio y objetivos de este.
2. Presentación de los criterios de inclusión y exclusión de los participantes del estudio.
3. Presentación de los centros e instituciones con los que se había establecido un contacto, así como el método de trabajo específico en cada uno de ellos.
4. Presentación de la batería de evaluación y de las instrucciones de esta.
5. Aplicación de la entrevista CIDI para la sección del TEPT.
6. Aplicación de la CIDI en diversos casos prácticos.
7. Aplicación por cada evaluador de la batería de evaluación al menos a 3 personas.

Sesión 2:

1. Presentación por parte de los evaluadores de los participantes a los que se les había aplicado la batería de evaluación.
2. Resolución de dudas o sugerencias planteadas por los entrenadores.

Una vez finalizado el entrenamiento se les asignó un código a cada evaluador para registrar en la batería de evaluación y se les entregó el siguiente material: criterios de inclusión del estudio, copia de las baterías de evaluación y manual de entrenamiento de la CIDI. Por último, señalar que cada entrevistador antes de llevar a cabo la primera evaluación, tenía que haber estado presente en la aplicación de la prueba por un entrevistador ya experimentado en la aplicación.

6.1.3.2 Evaluación de los participantes del estudio.

Por último se pasó a la recogida de datos, que supone la aplicación de la batería de evaluación a los participantes. La evaluación se llevó a cabo de forma individual por entrevistadores debidamente entrenados y en una única sesión, con el fin de que el transcurso del tiempo no interfiriera en las puntuaciones obtenidas.

La duración de la aplicación de la batería era de una hora aproximadamente, pero en un 10,3% de los casos esta se prolongó hasta dos horas. En concreto la dificultad que se encontró con mayor frecuencia, está relacionada con sintomatología postraumática, ya que una respuesta emocional muy intensa al recordar el acontecimiento hacía que se tuviese que interrumpir la evaluación hasta que el participante estaba dispuesto a continuar con ésta.

La recogida de datos se realizó de un modo lo suficientemente flexible con el fin de incluir el mayor número de participantes. Así las evaluaciones se llevaron a cabo:

- En los Centros e Instituciones con los que se estableció el contacto, que se han descrito con anterioridad.
- En la Facultad de Psicología de la UCM.
- En el domicilio del participante, puesto que algunos participantes presentaban dificultades físicas, tras el acontecimiento sufrido, que no le permitían salir de casa por el momento.
- Mediante correo ordinario y teléfono. Esta modalidad tuvo que ser aplicada en aquellos casos en los que los participantes no vivían en la Comunidad de Madrid y el traslado se hacía muy costoso. En concreto se trataban de víctimas de accidentes de medios de transporte (avión y tren). El procedimiento que se llevó a cabo en estos casos fue el siguiente: el centro o institución nos facilitaba un listado de personas que han sufrido el acontecimiento, previo consentimiento por el participante al centro, con su número de teléfono. Nos poníamos en contacto con el participante y le explicábamos el objeto del estudio, y el procedimiento a seguir, que

consistirá en cumplimentar la parte de instrumentos autoaplicados que se les enviaba a la dirección que nos indicaba junto con un sobre franqueado, que nos tenía que remitir. Una vez recibido nos poníamos de nuevo en contacto con el participante para realizar telefónicamente la parte heteroaplicada de la batería de evaluación, sección del TEPT de la CIDI.

De forma especial, en esta modalidad de recogida de datos, le recordábamos al participante que aunque en su caso la batería de evaluación no era anónima, puesto que iba dirigida en el envío postal y a alguien concreto, a la hora de registrar los datos, sólo se incluiría un número de identificación y nunca su nombre. Con el fin de estandarizar, al máximo este proceso se diseñó un documento con las pautas para la llamada telefónica, que se incluye en el Anexo 9.

- Mediante correo electrónico y teléfono. Esta modalidad fue diseñada y aplicada exclusivamente con víctimas de acoso laboral y a petición de estas. El procedimiento consistió en que las mismas víctimas, una vez que fueron informadas del estudio por la asociación a la que estaban vinculadas, se ponían en contacto con la Directora del presente trabajo mediante correo electrónico y se les remitían, por este mismo medio, los instrumentos autoaplicados con un código de identificación. Una vez cumplimentados nos remitían a la Facultad de Psicología junto con un teléfono de contacto, al que les llamábamos para realizar la entrevista CIDI. Una vez cumplimentada esta, le solicitábamos el código de identificación asignado en los instrumentos autoaplicados y señalábamos este mismo en la entrevista.

La muestra total de participantes, estuvo constituida por 175 personas, de los cuales 31 completaron exclusivamente la parte de la evaluación correspondiente a los instrumentos autoaplicados.

6.1.3.3 Creación de la base de datos y codificación de datos.

Con el fin de almacenar los datos que se iban obteniendo durante la evaluación de los participantes, se creó una base de datos a través del paquete estadístico de análisis de datos SPSS.

Una vez diseñada la base de datos, se pasó a la codificación de los datos a medida que se iban realizando las evaluaciones, de tal manera que los posibles errores que podían darse en la recogida de información eran detectados y subsanados inmediatamente. La codificación de los datos la realizó exclusivamente la autora del presente trabajo, por lo que se facilitó la obtención de una visión global de los resultados, planteando incluso la inclusión de alguna categoría no planteada *a priori* pero que tras la codificación se hacía necesaria. En concreto, se incluyó en la Ficha de Datos Personales, en el área de “Situación Laboral Actual” la categoría de “Baja Laboral”, puesto que el 16,7% de los participantes en el estudio se encontraban en esta situación. Además se procedió a la categorización de los acontecimientos señalados por algunos participantes como “Otro acontecimiento o experiencia estresante”, tal y como se muestra en la Tabla 6.2, ya que a partir de la descripción del acontecimiento podían ser claramente recogidos por alguna de las once categorías de acontecimientos traumáticos señaladas anteriormente.

Tabla 6.2. Categorización de acontecimientos traumáticos señalados como “Otros Acontecimientos”.

ACONTECIMIENTO DESCRITO POR EL PARTICIPANTE	CATEGORIZACIÓN DEL ACONTECIMIENTO
Me sometí a una exploración médica muy agresiva para evaluar repentinas pérdidas de conocimiento.	Enfermedad, lesión o intervención médica. (Me sucedió).
Mi hermano apareció estrangulado y parcialmente quemado.	Violencia física. (Le sucedió a alguien).
Me ocurrió un incidente desagradable con mi jefe por no ampararle en actos ilegales, con amenazas y acoso hacia mi persona.	Acoso o maltrato psicológico (Me sucedió).
Mi marido me ha estado insultando y acosando en el último año por culpa de su familia.	Acoso o maltrato psicológico (Me sucedió).

ACONTECIMIENTO DESCRITO POR EL PARTICIPANTE	CATEGORIZACIÓN DEL ACONTECIMIENTO
He sufrido una carga muy grande de trabajo que no he podido negarme a hacer porque estaba amenazada por mi jefe directo.	Acoso o maltrato psicológico (Me sucedió).
Matrimonio con abusos, engaños y violación.	Violación, abuso o ataque sexual. (Me sucedió).

6.1.4 Análisis de datos.

Con el fin de cumplir los objetivos del estudio, se llevaron a cabo diferentes análisis estadísticos, utilizando fundamentalmente el paquete estadístico SPSS.

En primer lugar, para estudiar las **características de la muestra** y de forma concreta los datos referidos a las características sociodemográficas, del acontecimiento traumático, de la sintomatología postraumática y de la sintomatología asociada, se calcularon estadísticos descriptivos aplicando medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas y porcentajes para las variables nominales.

Por otro lado, con el fin de determinar las propiedades psicométricas del instrumento se realizaron los análisis pertinentes para el estudio de la fiabilidad y validez del instrumento.

Para el estudio de la **fiabilidad** se utilizó el modelo alfa de consistencia interna de Cronbach (1951), que valora la consistencia interna de la escala a partir de la correlación inter-elementos promedio. La consistencia interna se calculó para:

- Subescala de sintomatología de reexperimentación.
- Subescala de sintomatología de evitación y embotamiento.
- Subescala de sintomatología de hiperactivación.
- Total de síntomas postraumáticos incluidos en los criterios diagnósticos.
- Subescala de síntomas clínicos subjetivos.

- Total de síntomas postraumáticos incluidos en los criterios diagnósticos y síntomas clínicos subjetivos.

Este estudio se realizó tanto para los elementos continuos (intensidad de la sintomatología) como dicotómicos (presencia – ausencia de la sintomatología) de la escala, calculados estos últimos mediante la fórmula de Kuder-Richardson.

Además, dentro del análisis de la fiabilidad de la escala, se consideró apropiado realizar el análisis de la consistencia interna de los ítems mediante el índice de fiabilidad de cada ítem que compone la escala. Este último análisis supone una aportación a la fiabilidad del test completo y también una ayuda para elegir los ítems que contribuyen a mejorar al máximo el test como instrumento de evaluación. Por lo tanto, con este índice se obtuvo la contribución que el ítem hace para medir lo que el test total mida (Suárez Falcón, 2001).

Para el cálculo del IF (índice de fiabilidad) se realizó la desviación típica del ítem, puesto que el IF es función del índice de discriminación y desviación típica del ítem.

El IF del ítem se calculó para:

- Cada ítem con la subescala a la que pertenece.
- Cada ítem con la puntuación total de los 17 ítems.
- Cada ítem con la puntuación total de los 26 ítems.

Para el estudio de la validez se llevaron a cabo diferentes análisis con el fin de estudiar la validez de constructo, convergente, divergente, predictiva y clínica de la escala.

En concreto, el análisis de la **validez de constructo** se llevó a cabo mediante varios análisis factoriales de la escala para determinar los factores capaces de explicar el máximo de información recogida en los datos que había arrojado la evaluación de la sintomatología postraumática.

La extracción de estos factores se realizó mediante el método de componentes principales en el cual los factores obtenidos son autovectores de

la matriz de correlaciones y con rotación ortogonal, Varimax, que minimiza el número de variables que tienen saturaciones altas en cada factor.

La **validez convergente** se estudió a través del coeficiente de correlación de Pearson de cada ítem con la subescala a la que pertenece y con las puntuaciones totales de la EGEP, para comprobar si estas correlaciones superaban el valor 0,40, ya que así el instrumento tendría una adecuada validez convergente (Hays, Hayashi y Carson, 1988). También se analizaron las correlaciones entre cada subescala de la EGEP (reexperimentación, evitación y embotamiento afectivo e hiperactivación y síntomas clínicos subjetivos) y de estas con las puntuaciones globales en la EGEP.

El análisis de la validez convergente también supuso estudiar el número de errores encontrados en las correlaciones entre cada ítem y las demás subescalas. Esto es; aquellos casos en los que el valor obtenido entre el ítem y una subescala es mayor que el obtenido con la subescala a la que pertenece.

Dentro del análisis de la **validez discriminante** de la EGEP también se obtuvieron los coeficientes de correlación de Pearson, en este caso entre cada subescala de la EGEP (reexperimentación, evitación y embotamiento afectivo e hiperactivación y síntomas clínicos subjetivos) y puntuaciones globales de la EGEP con las puntuaciones en depresión, ansiedad, autoestima, alcoholismo y sintomatología psicopatológica, y entre cada subescala de la EGEP (reexperimentación, evitación y embotamiento afectivo e hiperactivación y síntomas clínicos subjetivos) y puntuaciones globales de la EGEP con las puntuaciones en las subescalas del BSI.

Para valorar la **validez predictiva** de la escala se realizaron Curvas COR. Mediante este método pudimos obtener una representación gráfica de la sensibilidad frente a la especificidad de la prueba para cada subescala de la EGEP y de las puntuaciones totales de esta. Esta representación gráfica supuso obtener las funciones discriminantes con el punto de corte óptimo que arroja la máxima proporción de aciertos positivos con la menor proporción de falsos positivos, lo cual nos permitió determinar el punto óptimo de clasificación para cada subescala de la EGEP y puntuaciones totales de esta.

La selección de los puntos de corte mediante las curvas COR se realizó teniendo en cuenta que las medidas tradicionales de la capacidad diagnóstica de una prueba, sensibilidad y especificidad (Yerushlamy, 1947) cumplieren o se acercasen al propósito pretendido por la EGEP. Esto es; que los valores de sensibilidad ofrecidos por un punto de corte determinado fuesen lo suficientemente altos como para asegurarnos que la gran mayoría de personas con TEPT fuesen diagnosticadas por la EGEP, aunque esto supusiese que los valores de especificidad fuesen algo más bajos, ya que como indica Kassirer (1989) las pruebas diagnósticas no debieran tener como objetivo alcanzar la certeza sino reducir el nivel de incertidumbre lo suficiente como para tomar una decisión terapéutica.

También pareció necesario profundizar en la validez predictiva de la escala mediante el estudio de los parámetros relacionados con esta; sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, eficiencia, cociente de error e índice de Youden. Estos valores se obtuvieron tras la aplicación de fórmulas matemáticas a los resultados obtenidos mediante el análisis de Bayes, realizado a partir de la comparación entre los resultados obtenidos en la EGEP y una prueba de Oro (Entrevista Diagnóstica Internacional CIDI). La aplicación de estas fórmulas supuso conocer los valores predictivos en el contexto de la clínica (Feinstein, 1985). Se realizaron diversos análisis de Bayes con el fin de conocer, tras la aplicación de las fórmulas matemáticas, cuál nos ofrecía mejores resultados en los parámetros predictivos.

Por último, se analizó la **validez clínica** estableciendo comparaciones entre “casos” y “no casos” determinados según los puntos de corte encontrados en el análisis anterior. Para ello se aplicaron ANOVAs de medidas independientes para las variables cuantitativas y pruebas χ^2 para las variables cualitativas.

Cuando se obtuvieron todos estos análisis se diseñó (véase Anexo 10) el manual, cuadernillo y hoja de respuestas y hoja resumen de resultados de la EGEP.

6.2. Resultados.

6.2.1 Caracterización de la muestra.

6.2.1.1. Características sociodemográficas.

La mayor parte de los participantes fueron derivados del Hospital Nuestra Señora de América (34,91%), seguido del Centro de la Mujer Rosa de Luxemburgo (12,6%) perteneciente a los Servicios Sociales de Leganés y del Hospital Militar Gómez Ulla (9,1%). En menor proporción se atendió a personas que procedían otros centros o instituciones con los que se establecieron convenios de colaboración.

Tal y como puede observarse en la Tabla 6.3, la muestra total está constituida por 175 personas que han vivido, presenciado o han tenido conocimiento de un acontecimiento traumático. La edad media de los participantes en el estudio es de 39,21 años (DT=12,63), con un rango que oscila entre los 18 y 76 años. Un 70,3 % de los participantes son mujeres.

En cuanto al estado civil, el 52% están casados o viven con su pareja, el 29,9% están solteros/as, el 11,5 % separados/as o divorciados/divorciadas y el 6,3 % viudos/as.

Con respecto a otras variables de tipo sociodemográfico, se comprueba que el 36,6% tienen estudios de COU o FP y el 32,8% son trabajadores a tiempo completo.

El 92,5 % de los participantes en el estudio son españoles y el resto procede de diferentes países de Latinoamérica.

Tabla 6.3. Características sociodemográficas de los participantes.

Variable	n = 175
Edad M(DT)	39,21 (12,66)
Género (%)	
Varón	29,7%
Mujer	70,3%
Estado civil (%)	
Soltero/a	29,9%
Casado/a o conviviendo con su pareja	52,3%
Separado/a o divorciado/a	11,5%
Viudo/a	6,3%
Estudios finalizados (%)	
Sin estudios	5,2%
Elemental / EGB	33,3%
ESO/BUP/COU/FP	36,3%
Universitarios	24,1%
Doctorado	0,6%
Situación laboral (%)	
Trabajador a tiempo completo	32,8%
Trabajador a tiempo parcial	10,9%
Parado	10,9%
Ama de casa	10,9%
Jubilado	4,0%
Discapacitado	4,6%
Estudiante	9,2%
Baja laboral	16,6%
Nacionalidad (%)	
Española	92,5%
Colombiana	4,0%
Cubana	1,2%
Boliviana	0,6%
Peruana	1,2%
Ecuatoriana	0,6%

6.2.1.2. Caracterización del acontecimiento traumático.

De acuerdo con los datos proporcionados por la EGEP podemos afirmar que los participantes han referido que vivieron, presenciaron o tuvieron conocimiento de más de 6 acontecimientos a lo largo de su vida ($M=6,2$; $DT=4,56$).

Diferenciando el grado de proximidad de la persona al acontecimiento, encontramos que el número medio de acontecimientos sufrido directamente por cada participante en el estudio se sitúa por encima de 3 ($M=3,2$; $DT=1,88$), mientras que el número medio de acontecimientos presenciados por cada participante no supera el 1 ($M=1,00$ $DT=1,76$), y el número medio de acontecimientos del que cada participante tiene conocimiento, por haberle sucedido a alguien cercano, se sitúa entorno a 2 ($M=2,06$; $DT= 2,14$).

Tal y como puede verse en la Tabla 6.4, entre los acontecimientos vividos directamente por los participantes, los más frecuentes fueron, muerte de una persona cercana o ser querido, que afectó a más de la mitad de la muestra, y accidentes de medio de transporte y acoso o maltrato psicológico, ambos sufridos por más del 40% de los participantes. En el extremo opuesto, acontecimientos relacionados con combate o guerra o aquellos otros relacionados con encarcelamiento y cautividad, fueron sufridos por menos del 10% de los participantes.

Entre los acontecimientos presenciados, los más frecuentes son los accidentes de medios de transporte, que afectan casi a un cuarto de los participantes. Alternativamente, la violación, abuso o ataque sexual, el combate o exposición a zona de guerra, el encarcelamiento o cautividad, y los desastres naturales, fueron presenciados por una minoría de los participantes, estando en todos los casos por debajo del 10% de la muestra.

Finalmente, respecto a los acontecimientos que sucedieron a alguien cercano a la persona evaluada, vuelven a predominar los accidentes en medios de transporte y la enfermedad, lesión o intervención médica, ambos presentes en más de un tercio de los participantes. Poco frecuentes, fueron, nuevamente,

los acontecimientos relacionados con combate o exposición a zona de guerra (por debajo del 10% de los participantes).

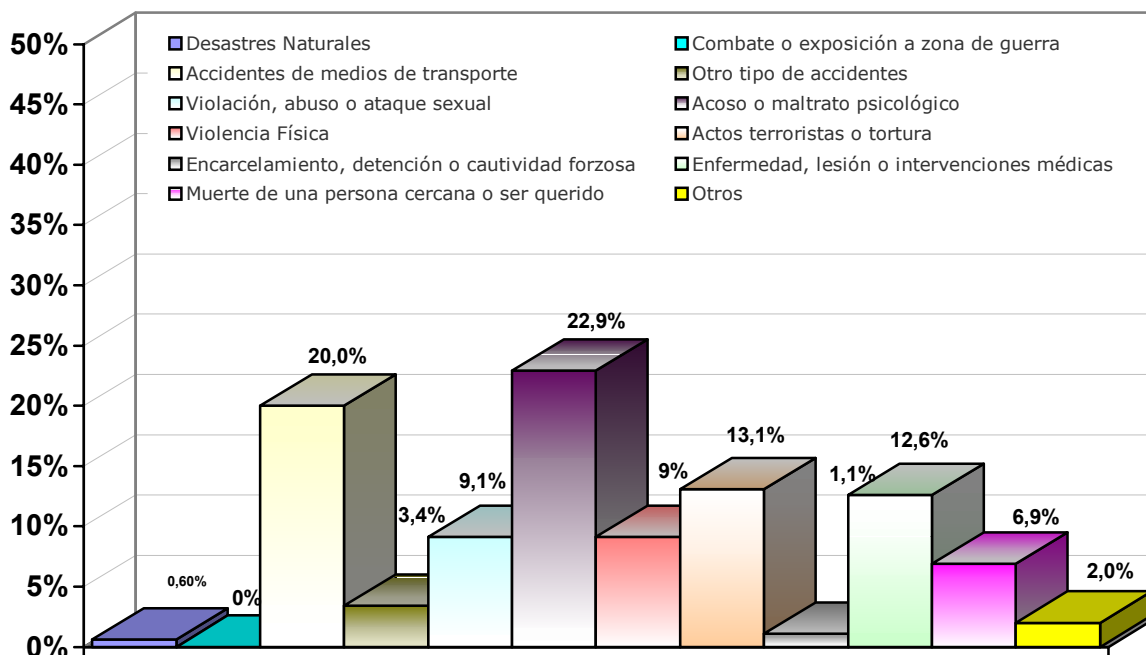
Tabla 6.4. Porcentaje de participantes que vivieron, presenciaron o tuvieron conocimiento de cada tipo de acontecimiento traumático según EGEP (n = 175).

	Me sucedió	Lo presencié	Alguien cercano
Desastres naturales	12%	7,4%	10,3%
Accidentes de transporte	45,1%	22,3%	38,3%
Otros accidentes	22,3%	10,9%	20,6%
Combate o zona de guerra	5,7%	3,4%	6,9%
Violación, abuso o ataque sexual	17,1%	2,3%	10,9%
Acoso o maltrato psicológico	42,3%	8,6%	14,9%
Violencia física	37,7%	10,9%	18,3%
Actos terroristas o de tortura	10,3%	10,3%	15,4%
Encarcelamiento, cautividad	8%	3,4%	9,7%
Enfermedad, lesión o intervención medica	31,4%	9,7%	33,1%
Muerte de una persona cercana o ser querido	69,7%	9,7%	25,1%
Otros	20,6%	1,7%	3,4%

Entre los acontecimientos seleccionados como elicitadores de máxima ansiedad o malestar en la EGEP, un 79,7 % de la muestra seleccionó como más perturbador un acontecimiento correspondiente a la categoría “Me sucedió”. Un 19,4% de los participantes seleccionaron un acontecimiento correspondiente a “Le sucedió a alguien cercano” y tan sólo un 1,4% dentro de la categoría de “Lo presencié”.

En cuanto al tipo de acontecimiento seleccionado, como puede apreciarse en la Figura 6.1, los más frecuentes fueron el acoso o maltrato psicológico (cercano al 23%), los accidentes de medios de transporte (20%) y los actos terroristas o de tortura (13%). En cambio se encuentra muy poca o nula representatividad de los siguientes acontecimientos: combate o exposición a zona de guerra (0%), desastres naturales (0,60%), encarcelamiento, detención o cautividad forzosa (1,10 %) y otros acontecimientos (2%).

Figura 6.1. Frecuencia del acontecimiento traumático que causa mayor malestar en el participante en la EGEP (n=175).



Tal y como se refleja en la Tabla 6.5 ese acontecimiento traumático fue percibido como grave o de gravedad extrema en la mayoría de los casos (cerca del 91% de los participantes). Es más, ninguno de los participantes valoró dicha intensidad como leve.

Respecto a la frecuencia de la vivencia del acontecimiento y el inicio de este, predominan los acontecimientos que sucedieron en una única ocasión (52%), sucedidos hace más de tres meses (81%). En la mayoría de los casos ese acontecimiento se había producido en la edad adulta; tan solo en un 11% de los participantes se seleccionaron acontecimientos vividos o iniciados en la infancia o adolescencia.

En cuanto a la vivencia del acontecimiento, fueron muy frecuentes las respuestas de miedo y, sobre todo, indefensión. También fue frecuente, aunque en menor medida, la reacción de horror.

Finalmente, el acontecimiento seleccionado implicó para un alto porcentaje de sujetos presenciar escenas desagradables (cerca del 85% de los casos). En más de la mitad de los participantes el acontecimiento implicó

amenazas para la dignidad personal y el honor, o amenazas para la integridad física o la vida del propio sujeto.

Tabla 6.5. Características y vivencia del acontecimiento traumático seleccionado como más perturbador para el sujeto en la EGEP.

Variable	n = 175
Gravedad del acontecimiento (%)	
Leve	---
Moderada	9,1%
Grave	46,3%
Extrema	44,6%
Inicio del acontecimiento (%)	
En la infancia o adolescencia	10,9%
Hace más de tres meses	81,1%
Hace más de un mes pero menos de tres meses	8,0%
Frecuencia del acontecimiento (%)	
En una única ocasión	52,0%
En varias ocasiones	22,9%
De forma repetida o reiterada	25,1%
Vivencia del acontecimiento (%)	
Miedo	74,4%
Indefensión	90,8%
Horror	66,7%
Implicaciones del acontecimiento (%)	
Lesión Grave	49,1%
Lesión Grave o muerte de otras personas	44,8 %
Amenaza para su integridad física	57,2%
Amenaza para la integridad física de otras personas	49,4%
Amenaza para su vida	51,7%
Amenaza para la vida de otras personas	45,6%
Escenas desagradables	84,5%
Amenazas para la dignidad personal, el honor ...	58,4%

6.2.1.3 Sintomatología postraumática.

Respecto a la presencia de sintomatología propia del TEPT cabe destacar que, según los datos obtenidos mediante la EGEP, un 100% de los participantes refirió que presentaba al menos uno de los síntomas incluidos en este grupo.

De forma más concreta, tal y como aparece reflejado en la Tabla 6.6, encontramos que los síntomas más frecuentes en la muestra fueron los referidos a reexperimentación del acontecimiento traumático.

En concreto, más del 90% de la población evaluada presentaba los síntomas que hacían referencia al malestar (nerviosismo, inquietud, ...) vivenciado por las víctimas ante los estímulos que recuerdan el acontecimiento traumático y los recuerdos desagradables y repetitivos (imágenes o pensamientos) sobre el acontecimiento.

Por otro lado, destacar que sólo un 30% de la población evaluada presentaba incapacidad para recordar aspectos importantes del acontecimiento, por lo que este es el síntoma menos frecuente entre la población evaluada.

Curiosamente, se encontró que los participantes del estudio informaron que los síntomas que presentaban con mayor frecuencia (malestar vivenciado por las víctimas ante los estímulos que recuerdan el acontecimiento y recuerdos desagradables y repetitivos del acontecimiento) eran exactamente aquellos que también vivían con más intensidad (con medias próximas a 3 en un intervalo de intensidad de 0 a 4 y $D.T=0,93$ y $0,96$ respectivamente).

Dentro de la sintomatología postraumática que hace referencia al grupo de síntomas que recogen aspectos sobre una posible evitación por parte del participante y embotamiento emocional, encontramos que el síntoma que se presenta de forma más mayoritaria (70%) entre la población evaluada hacía referencia a una disminución del interés o placer en cosas con las que antes solía disfrutar, y tal y como ocurría con la sintomatología referida a

reexperimentación, también es el síntoma que fue vivenciado con una intensidad mayor ($M=2,86$ y $DT=1,05$).

Los problemas de concentración, se presentan como el síntoma con mayor frecuencia (75,1%) dentro del grupo de síntomas postraumáticos denominado hiperactivación. En este caso los síntomas que se presentaron como más intenso fueron los referidos a dificultades con el sueño y a la presencia de respuestas de sobresalto (con una $M=2,69$ y $2,70$, y $D.T=1,08$ y 0.97 respectivamente).

Tabla 6.6. Presencia e intensidad de los síntomas postraumáticos incluidos en los criterios DSM para el TEPT según la EGEP.

SÍNTOMAS	PRESENCIA n= 175 (%)	INTENSIDAD SÍNTOMAS (n)	INTENSIDAD SÍNTOMAS M (D.T)
Recuerdos	89,1%	155	2,92 (0,96)
Sueños recurrentes	58,0%	101	2,83 (1,00)
Flasckback	68,4%	119	2,67 (1,02)
Malestar psicológico	90,2%	156	2,92 (0,93)
Activación	77,3%	133	2,81 (1,03)
Pensamientos, situaciones...	63,8%	109	2,60 (1,13)
Actividades, lugares...	59,5%	103	2,72 (1,07)
Amnesia	31,6%	56	2,25 (1,21)
Reducción del interés	69,0%	121	2,86 (1,05)
Sensación de desapego	58,9%	102	2,77 (1,08)
Embotamiento	63,4%	111	2,65 (1,02)
Futuro desolador	51,4%	88	2,72 (1,11)
Problemas de sueño	71,8%	124	2,69 (1,08)
Irritabilidad	65,9%	114	2,60 (1,13)
Concentración	75,1%	127	2,68 (1,07)
Hipervigilancia	70,7%	123	2,68 (1,08)
Respuestas de Sobresalto	69,5%	119	2,70 (0,97)

Igual que sucede en la sintomatología postraumática incluida en los criterios diagnósticos, también los *síntomas clínicos subjetivos postraumáticos*

fueron muy frecuentes en la muestra evaluada: un 96% de los participantes refirió que presentaba al menos uno de los síntomas incluidos en este grupo.

En concreto, tal y como puede observarse en la Tabla 6.7, más de la mitad de los sujetos mostraron culpa por lo que hicieron o dejaron de hacer durante el acontecimiento, desconfianza en los demás, valoración negativa de sí mismos, sentimientos de pérdida de contacto con los que está sucediendo y percepción del mundo como un lugar peligroso (de hecho, este último síntoma aparece en más de un 65% de los sujetos). Menos frecuentes fueron la sensación de irrealidad (que, no obstante, afecta a la mitad de los participantes), el sentimiento de responsabilidad sobre el acontecimiento y la sensación de sentirse fuera del cuerpo (presentes en aproximadamente un tercio de la muestra), y la culpa por haber sobrevivido al acontecimiento (en la cuarta parte de los participantes).

Respecto a los síntomas clínicos subjetivos que vivieron con mayor malestar los participantes, destacar que encontramos valores próximos a 3 (en un intervalo de intensidad de 0 a 4) en los síntomas referidos a culpa por lo que hicieron o dejaron de hacer durante el acontecimiento, culpa por haber sobrevivido al acontecimiento, sentimiento de responsabilidad sobre el acontecimiento, percepción del mundo como un lugar peligroso y valoración negativa de sí mismos. Con menor intensidad vivieron los participantes la presencia de los síntomas referidos a desconfianza en los demás, sentimientos de pérdida de contacto con los que está sucediendo, sensación de irrealidad y la sensación de sentirse fuera del cuerpo.

Tabla 6.7. Presencia e intensidad de los síntomas clínicos subjetivos postraumáticos según la EGEP (n =175).

SÍNTOMAS	PRESENCIA (%)	INTENSIDAD SÍNTOMAS (n)	INTENSIDAD SÍNTOMAS M (D.T)
Culpa por lo que hizo o no hizo	59,8%	103	2,76 (1,03)
Culpa por haber sobrevivido	25,7%	44	2,77 (1,09)
Responsabilidad sobre el acontecimiento	33,3%	57	2,53 (1,18)
Desconfianza en los demás	56,1%	94	2,22 (1,04)
Mundo como un lugar peligroso	65,1%	110	2,67 (1,06)
Fuera de contacto con lo que está sucediendo	62,6%	108	2,34 (1,03)
Sensación de irrealidad	49,4%	86	2,12 (1,01)
Sentirse fuera de su cuerpo	29,3%	50	2,36 (1,04)
Valoración negativa de uno mismo	59,8%	100	2,68 (1,01)

La duración de todos estos síntomas fue bastante prolongada: más de un 85% de los participantes informaron de que los síntomas llevaban presentes más de 3 meses, y solo un 11% manifestó que tenían una duración inferior al mes (véase Figura 6.2). Por otra parte, estos síntomas se iniciaron en la mayoría de los casos inmediatamente después del acontecimiento traumático (63%); solo en un 13% de los casos, el inicio puede considerarse demorado (esto es, superior a los 6 meses tras el acontecimiento traumático) (véase Figura 6.3).

Figura 6.2. Duración de la sintomatología postraumática (n= 175).

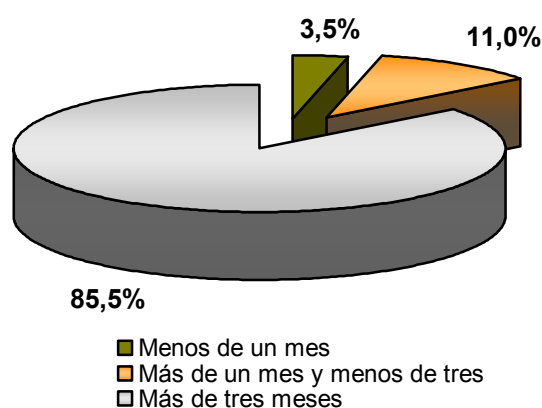
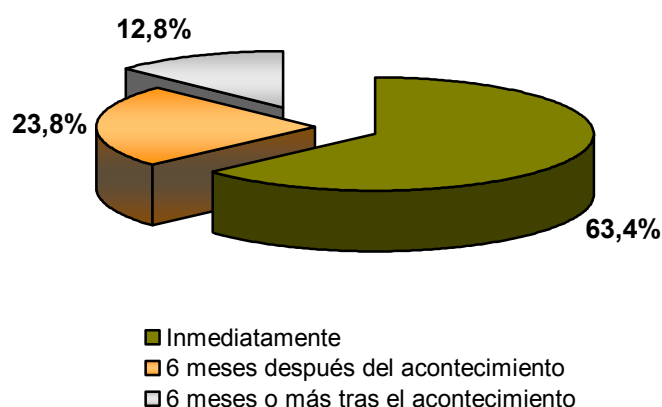


Figura 6.3. Inicio de la sintomatología postraumática (n= 175).



Como se puede prever por lo descrito hasta el momento en referencia a la frecuencia, intensidad y duración de la sintomatología presentada por los participantes, esta situación interfirió en diversas áreas del funcionamiento del individuo, como puede verse en la Tabla 6.8, de manera notable. De este modo, más del 80% de los participantes tuvo que consultar a un profesional por la sintomatología que presentaba, recibiendo más del 60% medicación para tratar la sintomatología que refería. También se sitúan en porcentajes superiores al 65% los participantes que vieron afectadas negativamente su vida laboral y/o académica, las relaciones sociales, familiares y de pareja. El área que se vio menos afectada fue el consumo de alcohol o drogas a causa de los problemas derivados del acontecimiento traumático, presente en un 15% de los participantes.

Tabla 6.8. Presencia de interferencia, por lo problemas ocasionados tras el acontecimiento, en diversas áreas de funcionamiento de los participantes según la EGEP (n=175).

ÁREAS DE FUNCIONAMIENTO SÍNTOMAS	PRESENCIA (%)
Consultas a médicos u otros profesionales	81,1%
Prescripción de medicación más de una vez por semana	62,9%

ÁREAS DE FUNCIONAMIENTO SÍNTOMAS	PRESENCIA (%)
Consumo de alcohol o drogas	14,9%
Repercusión negativa en la vida laboral o académica	72,6%
Repercusión negativa en las relaciones sociales	66,9%
Repercusión negativa en las relaciones familiares o de pareja	65,7%
Repercusión negativa en algún otro aspecto importante de la vida	65,7%

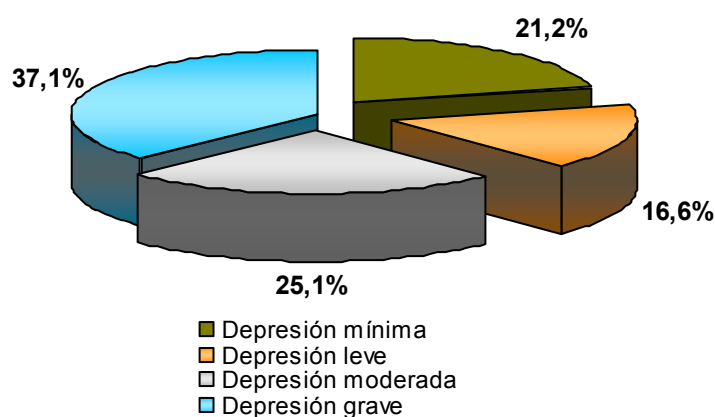
6.2.1.4 Sintomatología asociada.

- Síntomas depresivos.

Los resultados obtenidos mediante el BDI II, reflejados en la Figura 6.4, pusieron de manifiesto que más del 60% de los participantes presentaba sintomatología depresiva categorizada por los autores de la escala como grave o moderada (i.e. superiores o iguales a 20). Solo un 21% de los participantes presentaban niveles de sintomatología indicativos de depresión mínima (i.e. puntuaciones menores o iguales a 13).

La puntuación media en sintomatología depresiva, referida por los participantes, según el *BDI* fue de 24,70 (DT =14,05), en un rango de 0 a 63.

Figura 6.4. Presencia de sintomatología depresiva evaluada mediante el BDI II (n = 175).

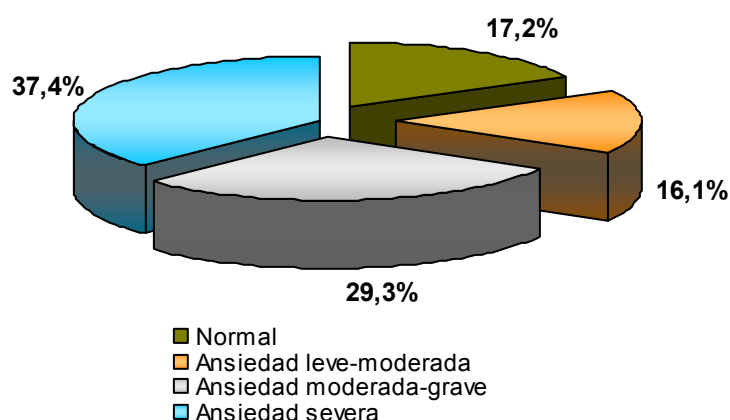


- Síntomas de ansiedad.

Al analizar los resultados obtenidos mediante el BAI, véase Figura 6.5, se encontró que la gran mayoría de los participantes, 67% mostraban síntomas de ansiedad moderada-grave o severa, de acuerdo con los puntos de corte establecidos (i.e. puntuaciones superiores a 18). Tan solo un 17% de la muestra obtuvo niveles de ansiedad considerados normales (i.e. menores de 10).

La puntuación media obtenida en sintomatología ansiosa según el BAI fue de 25,52 puntos (DT=15,06), en un rango de 0 a 63.

Figura 6.5. Presencia de sintomatología ansiosa evaluada mediante el BAI (n= 175).

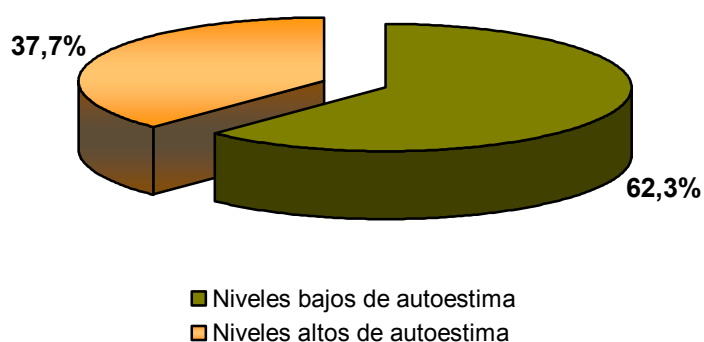


- Autoestima.

Al igual que en la evaluación de la sintomatología depresiva y de ansiedad, en la evaluación de la autoestima, véase Figura 6.6, se encontraron puntuaciones que ponían de manifiesto el nivel de malestar y sufrimiento padecido por los participantes del estudio, ya que más del 60% no superó el punto de corte (29 puntos) establecido en la escala (Ward, 1977) para considerar niveles adecuados de autoestima.

La puntuación media obtenida por los participantes en el estudio en la evaluación de la autoestima es de 27,30 (DT=15,40), en un rango de la escala de 10 a 40.

Figura 6.6. Niveles de autoestima evaluados mediante el Cuestionario de Autoestima de Rosenberg (n= 175).



- Consumo de alcohol.

El nivel de consumo de alcohol evaluado mediante el CAGE, puso de manifiesto que los participantes presentaban un consumo de alcohol mínimo. Obteniendo un puntuación media de 0,43 (DT=0,92).

De forma concreta, un 21,8% de los participantes contestó afirmativamente al menos a un ítem de los cuatro que consta el instrumento de evaluación y el 13,2% contestó afirmativamente al menos a dos de los cuatro ítems.

- Síntomas psicopatológicos.

Mediante el *BSI* se obtuvieron las puntuaciones del nivel de psicopatología, encontrando, tal y como puede observarse en la Tabla 6.9, que los participantes presentaban puntuaciones superiores a 2,5, en un rango de la escala de 0 a 4, en todas las escalas, excepto en la de psicoticismo ($M=2,19$ y $D.T=6,59$). La sintomatología que los participantes refirieron como más intensa fue la relacionada con obsesión compulsión ($M=3,72$ y $D.T=2,33$), ansiedad ($M=3,67$ y $D.T=2,19$), y depresión ($M=3,39$ y $D.T=2,24$).

Tabla 6.9. Intensidad de la sintomatología psicopatológica evaluada mediante el BSI ($n= 175$).

ESCALA (rango)	INTENSIDAD M (DT)
Somatización (0- 4)	2,62 (2,09)
Obsesión – compulsión (0- 4)	3,72 (2,33)
Sensibilidad interpersonal (0- 4)	3,04 (2,27)
Depresión (0- 4)	3,39 (2,24)
Ansiedad (0- 4)	3,67 (2,19)
Hostilidad (0- 4)	2,67 (2,12)
Ansiedad fóbica (0- 4)	2,68 (2,19)
Paranoidismo (0- 4)	2,90 (2,06)
Psicoticismo (0- 4)	2,19 (1,89)
Índice de intensidad global (0-4)	1,39 (0,81)
Indicador de síntomas positivos (0-16)	10,61 (5,41)

En la Tabla 6.9 también se reflejan diversos índices que permite realizar el BSI en los que también puede observarse el importante nivel de psicopatología general manifestada por los participantes.

A través de la evaluación de la sintomatología psicopatológica, los participantes también refirieron, presentar (con una frecuencia de al menos el 50%) pobre apetito, dificultades con el sueño, pensamientos de muerte y sentimientos de culpa, en una intensidad variable (véanse Figuras 6.7 a 6.10).

Figura 6.7. Presencia de pobre de apetito evaluado mediante el BSI (n= 175).

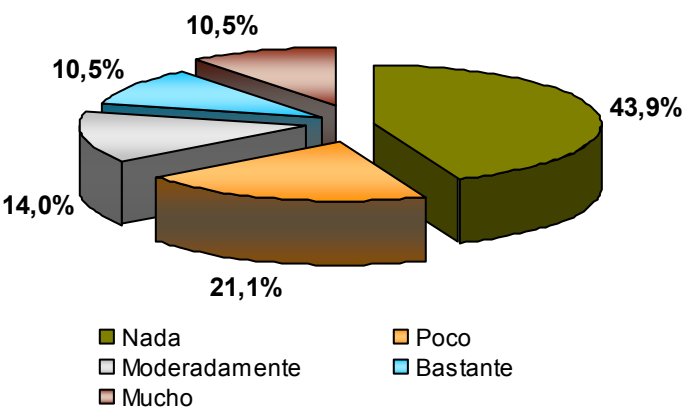


Figura 6.8. Presencia de dificultades para dormir evaluado mediante el BSI (n= 175).

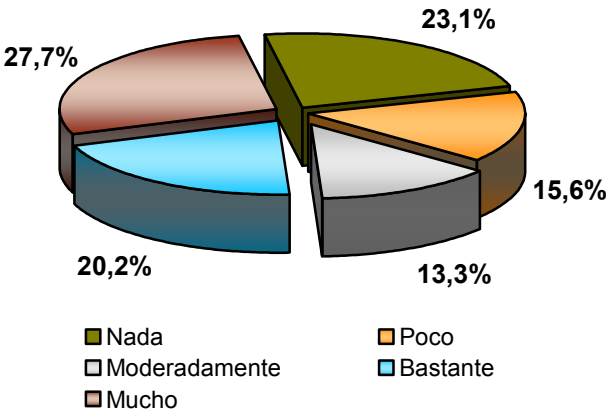


Figura 6.9. Presencia de pensamientos de muerte evaluado mediante el BSI (n= 175).

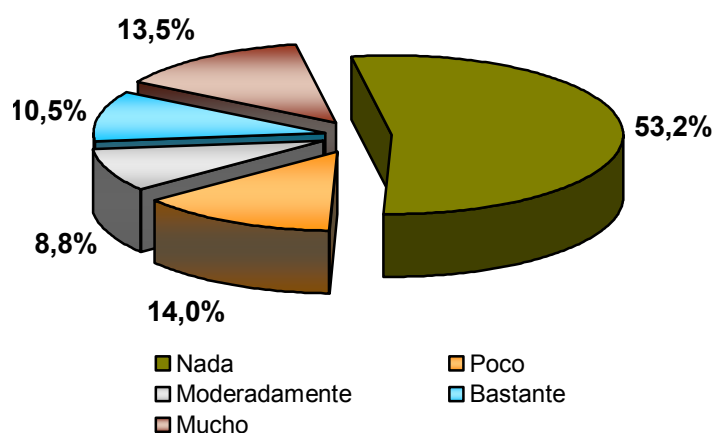
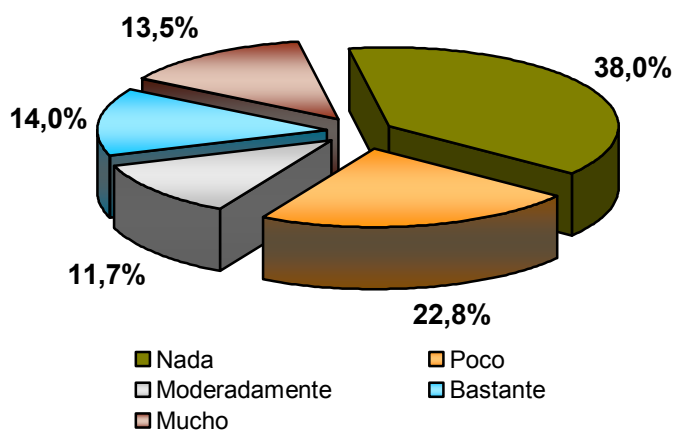


Figura 6.10. Presencia de sentimientos de culpa evaluado mediante BSI (n= 175).



6.2.1.5 Diagnostico del Trastorno de Estrés Postraumático.

Previamente a presentar los resultados obtenidos sobre el diagnóstico de TEPT tanto en la CIDI como en la EGEP, se muestra a continuación un análisis de los resultados obtenidos en cada uno de los criterios diagnósticos que forman parte del diagnóstico TEPT.

El primer criterio diagnóstico, *criterio A*, según la clasificación DSM recoge que la persona haya estado expuesta a un acontecimiento traumático que ha vivido con temor, una desesperanza o un horror intensos. El análisis de este criterio, puso de manifiesto que el 100% de los participantes, independientemente de si fueron evaluados mediante la EGEP o la CIDI manifestaron haber vivido el acontecimiento con al menos una respuesta emocional referida a miedo, indefensión u horror-terror, lo que indica la intensidad de los acontecimientos traumáticos vividos por los participantes del estudio. De este modo, la totalidad de los participantes cumplían el criterio A.

De forma más concreta, tal y como puede observarse en la Tabla 6.10, cabe destacar que la gran mayoría de los participantes vivieron este con indefensión. Además, casi un 75% también lo vivió con miedo y más del 65% sintió horror o terror durante el acontecimiento.

El segundo, tercer y cuarto criterio diagnóstico, *criterio B, C y D*, según la clasificación DSM hacen referencia a la sintomatología postraumática del TEPT.

En concreto, el criterio B, recoge que el acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente por la persona al menos a través de una forma de las cinco que propone la clasificación diagnóstica (recuerdos, sueños, sensación de que el acontecimiento está ocurriendo de nuevo, malestar psicológico ante los estímulos y respuestas fisiológicas ante los estímulos).

El criterio C recoge que la persona presenta una evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la actividad general del (ausente antes del trauma), tal y como indicarían al menos tres síntomas de los siete que propone la clasificación diagnóstica (evitación de pensamientos – sentimientos-conversaciones, evitación de actividades-lugares-personas, dificultad para recordar aspectos del acontecimiento, reducción del interés, restricción de la vida afectiva y sensación de un futuro desolador).

Y el último criterio referido a sintomatología, el criterio D, hace referencia a la presencia de síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indicarían al menos dos síntomas de los

cinco que propone la clasificación diagnóstica (dificultad para mantener el sueño, irritabilidad, dificultades de concentración, hipervigilancia y respuestas de sobresalto).

El análisis de estos tres criterios; B, C y D, referidos a la valoración de sintomatología postraumática, arrojaron resultados muy similares independientemente de si fueron evaluados mediante la clasificación DSM o CIE, tal y como puede verse en la Tabla 6.10. El grupo de síntomas que evalúan sintomatología de reexperimentación, criterio B, ha sido el más frecuente, estando presente en más del 95% de los casos, seguido del grupo de síntomas referido a hiperactivación, criterio D, tras el acontecimiento vivido, que ha estado presente en prácticamente un 92% de los casos y por último, con puntuaciones algo menos elevadas, entre el 70% - 73%, encontramos el grupo de síntomas referido a sintomatología de evitación y embotamiento afectivo, criterio C.

De este modo podemos afirmar que la sintomatología referida a reexperimentación es la que se presenta con mayor frecuencia en los participantes evaluados según los datos obtenidos mediante la EGEP y la CIDI.

El quinto criterio diagnóstico, *criterio E*, según la clasificación DSM hace referencia a la duración de la sintomatología postraumática descrita con anterioridad, pautando que deben estar presente, estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) durante más de 1 mes. Este criterio, véase Tabla 6.10, ha estado presente en más de un 90% de los casos que participaron en esta investigación.

El sexto y último criterio diagnóstico, *criterio F*, según la clasificación DSM, hace referencia a si las alteraciones, sufridas tras el acontecimiento traumático, provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. El análisis de este criterio, tal y como cabría esperar por la intensidad de la sintomatología postraumática referida por los participantes como por la duración de esta, puso de manifiesto que la gran mayoría de los participantes, 95%, afirmaron haber sufrido un deterioro en algún área de su vida (relaciones sociales, familiares, trabajo, estudios...) a raíz de la sintomatología que presentaban.

Por último, se analizó el porcentaje de participantes que presentaron el *diagnóstico de TEPT*, en función del cumplimiento de la totalidad de los criterios diagnósticos, analizados con anterioridad, referidos para el TEPT en la clasificación diagnóstica DSM-IV TR.

Se encontró, véase Tabla 6.10, que tanto los datos arrojados por la EGEF como por la CIDI suponen que más del 65% de los participantes presentaban TEPT y que además en más del 85% de los casos la sintomatología postraumática comenzó antes de los 6 primeros meses tras sufrir el acontecimiento, por lo que se trataría de desarrollos del trastorno correspondientes con la especificación de no demorados, ya que el inicio de la sintomatología se dio en los 6 primeros meses tras vivir el acontecimiento.

Respecto a otras posibles especificaciones del TEPT que se enuncian en las clasificaciones diagnósticas, destacar que la clasificación DSM establece la posibilidad de señalar si el desarrollo del trastorno es agudo o crónico en función de la duración de la sintomatología. En este sentido, se encontró que la gran mayoría, más del 85%, de los participantes presentaron un TEPT crónico, puesto que la duración de la sintomatología que referían fue superior a 3 meses.

Este último análisis no ha sido posible realizarlo con los datos de la CIDI porque la clasificación CIE establece que el trastorno puede evolucionar hacia cursos crónicos pero no especifica un criterio temporal.

Tabla 6.10. Cumplimiento de criterios diagnósticos para el TEPT, diagnóstico TEPT y subespecificaciones diagnósticas, según EGEF (n= 175) y CIDI (n= 144).

CRITERIO DIAGNÓSTICO	EGEF(%)	CIDI (%)
Criterio A (1 y 2)	100 %	100%
1. Vivencia, presencia o conocimiento de un acontecimiento traumático	100 %	100 %
2. Vivencia emocional del acontecimiento		
Miedo	74,4%	-----
Indefensión	90,8%	96,5%
Horror - Terror	66,7%	67,4%

CRITERIO DIAGNÓSTICO	EGEP(%)	CIDI (%)
Criterio B		
Reexperimentación	96,6%	96,5%
Criterio C		
Evitación y embotamiento afectivo	73,1%	70,8%
Criterio D		
Hiperactivación	92,6%	91,7%
Criterio E		
Duración (al menos 1 mes)	95,5%	91,7%
Criterio F		
Funcionamiento	94,9%	95,1%
Diagnóstico TEPT		
Cumplimiento del Criterio A, B, C, D, E y F	68%	66%
Especificaciones del Diagnóstico TEPT		
Inicio	Demorado 12,8% No Demorado 87,2%	Demorado 7% No Demorado 93%
Desarrollo	Agudo 14,5% Crónico 85,5%	-----

6.2.2. Análisis de la fiabilidad.

6.2.2.1. Consistencia interna.

La fiabilidad de la escala se estableció mediante el índice de consistencia interna, y más específicamente mediante el coeficiente *alfa de Cronbach*.

Los valores de consistencia interna obtenidos, véase Tabla 6.11, para los ítems de intensidad de cada una de las subescalas y para las puntuaciones totales (considerando o no los síntomas clínicos subjetivos), son satisfactorios, ya que se ha encontrado en todos los casos valores superiores a .70. Siendo este valor el mínimo establecido como aceptable para el coeficiente alfa de Cronbach (Robinson et al., 1991).

Tabla 6.11. Consistencia interna de la escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP) y subescalas (n = 175), según intensidad y presencia o no de la sintomatología señalada por los participantes.

	α intensidad	α presencia/no	Nº Ítems
Subescala de reexperimentación	.868	.727	5
Subescala de evitación y embotamiento	.777	.706	7
Subescala de hiperactivación	.739	.591	5
Síntomas postraumáticos incluidos en los criterios diagnósticos (Reexp.+ Evitac. y emb.+ Hiperact.)	.904	.843	17
Subescala de síntomas clínicos subjetivos	.809	.711	9
Total síntomas postraumáticos (Reexp.+ Evitac. y emb.+ Hiperact. + Sint. Clin. Subjet.)	.922	.870	26
Funcionamiento	-----	.690	7

También se realizó el cálculo de la consistencia interna mediante la fórmula Kuder-Richardson, que equivale al análisis del coeficiente alfa pero para elementos dicotómicos, para los ítems de presencia o no de cada una de las subescalas, para las puntuaciones totales (considerando o no los síntomas clínicos subjetivos) y para la escala de funcionamiento, obteniendo como puede observarse en la Tabla 6.11 valores menos satisfactorios a los obtenidos en el cálculo de la consistencia interna según la intensidad de los síntomas. No obstante la gran mayoría superan también en esta ocasión el valor mínimo establecido, .70, como aceptable para el coeficiente alfa de Cronbach,

Los mejores resultados obtenidos en lo que a consistencia interna se refiere han sido los obtenidos, tanto en el cálculo de la intensidad como en el de presencia o no de sintomatología, en las puntuaciones totales de las escalas considerando los síntomas clínicos subjetivos, seguido de los resultados obtenidos en la puntuación total pero sin los síntomas clínicos subjetivos.

Se mantiene con peores resultados en ambos análisis, la consistencia interna encontrada en la escala de hiperactivación, que en presencia/ausencia de los síntomas no supera los mínimos requeridos para el coeficiente alfa de Cronbach (.70)

Por último, la escala de funcionamiento, fue evaluada únicamente mediante la fórmula Kuder-Richardson porque sólo se compone de elementos dicotómicos. En esta se obtuvo un valor, véase Tabla 6.11, que se encuentra prácticamente en el límite para ser considerado aceptable (.69), por lo que se debe valorar como un resultado limitadamente satisfactorio.

6.2.2.2. Análisis de la consistencia de los ítems.

Además, con el fin de profundizar en la consistencia interna de la escala desarrollada, se realizó un análisis del índice de fiabilidad de cada ítem de la escala, con objeto de analizar la contribución de cada ítem a la escala total. Para ello se calculó el índice de fiabilidad de cada ítem y su contribución al alfa total de la escala (mediante la consideración del alfa corregido de la escala sin la inclusión del ítem).

En primer lugar, tal y como puede verse en la Tabla 6.12, se calcularon estos índices para cada ítem con su correspondiente subescala (i.e. reexperimentación, evitación y embotamiento, hiperactivación y síntomas clínicos subjetivos).

En cuanto a la contribución de cada ítem a la subescala correspondiente, se comprobó que en todos los casos la fiabilidad de la subescala disminuía con la eliminación del ítem. La única excepción fue el ítem 35 correspondiente a “dificultades para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento”. La fiabilidad de este ítem fue muy baja (.215) y además la consistencia interna de la subescala de evitación y embotamiento se incrementaba con la supresión de este ítem. Dado el contenido del mismo, se consideró que el resultado podía verse mediatizado por el hecho de que las personas que respondían afirmativamente a ese ítem podían haber sufrido

durante el acontecimiento lesiones que llevarán a la pérdida de la conciencia y a la consiguiente dificultad de recuerdo de las circunstancias que rodearon el hecho. Por ello, se procedió a un análisis diferencial del ítem para aquellas personas que no habían sufrido lesión en la cabeza como resultado del acontecimiento y que no habían perdido el conocimiento durante el mismo³. No obstante, el análisis específico para este subgrupo (n =131), arrojó resultados similares a los del total de la muestra (.336).

En cuanto a los índices de fiabilidad encontrados cabe destacar que los valores globales más elevados corresponden a los hallados en la subescala de reexperimentación. Además los valores más elevados encontrados en los índices de fiabilidad son en dos ítems correspondientes a esta subescala, en el ítem 30 (“Hay momentos en los que actúa o siente como si estuviera viviendo de nuevo el acontecimiento”) y el 32 (“Los recuerdos del acontecimiento hacen que tiemble, sude, se le acelere el corazón,...”) ya que ambos superan la puntuación de 1. Valores similares a los obtenidos en estos ítems sólo fueron encontrados en un ítem más, el 36, correspondiente a la subescala de evitación y embotamiento y que hace referencia a la disminución del interés o el placer en cosas con las que antes del acontecimiento solía disfrutar la persona.

Los índices de fiabilidad de los ítems correspondientes a las subescalas de hiperactivación, evitación y embotamiento, y síntomas clínicos subjetivos fueron, en este mismo orden, algo menores que los encontrados en la subescala de reexperimentación.

Por otro lado, señalar que los ítems que presentan menor fiabilidad, respecto a la subescala que pertenecen, corresponden ambos, 46 y 48, al grupo que valora los síntomas clínicos subjetivos y que en concreto, exploran la culpa por haber vivido el acontecimiento y el sentimiento de no poder confiar en los demás.

³ Para la consideración de estos aspectos se tomó como referencia el ítem K35 de la CIDI.

Tabla 6.12. Análisis de la fiabilidad de cada ítem con la subescala a la que pertenece (n=175).

Ítem	IF ítem	α sub- escala sin el ítem	DT Ítem
Reexperimentación ($\alpha = .868$)			
28 Tiene recuerdos desagradables y repetitivos del acontecimiento (imágenes o pensamientos)	.977	.828	1,301
29 Tiene sueños desagradables y repetitivos del acontecimiento	.992	.861	1,595
30 Hay momentos en los que actúa o siente como si estuviera viviendo de nuevo el acontecimiento	1,044	.841	1,509
31 Siente malestar (nerviosismo, inquietud,...) cuando algo le recuerda el acontecimiento	.873	.843	1,269
32 Los recuerdos del acontecimiento hacen que tiemble, sude, se le acelere el corazón,...	1,100	.830	1,502
Evitación y embotamiento ($\alpha = .777$)			
33 Intenta evitar o ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionados con el acontecimiento	.604	.771	1,545
34 Intenta evitar actividades, lugares o personas que le recuerden el acontecimiento	.641	.768	1,576
35 Tiene dificultades para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento	.215	.802	1,253
35 (n=131)	.336	.809	1,117
36 Ha disminuido su interés o el placer en cosas con las que solía disfrutar	1,110	.706	1,586
37 Tiene sensación de distancia o alejamiento de los demás (como si no encajase)	.977	.725	1,600
38 Tiene dificultades para experimentar ciertas emociones (como amor, felicidad, ternura, deseo sexual,...)	.983	.718	1,516
39 Siente que no va a cumplir ciertas metas en el futuro (no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia,...)	.891	.735	1,573
Hiperactivación ($\alpha = .739$)			
40 Tiene dificultades para dormirse o mantener el sueño	.667	.717	1,524
41 Se siente irritable o tiene ataques de ira	.752	.699	1,541
42 Tiene dificultades para concentrarse	.737	.698	1,508
43 Está en constante estado de alerta o vigilancia (se mantiene siempre en guardia)	.926	.653	1,531
44 Se sobresalta o asusta fácilmente	.733	.698	1,497
Síntomas Clínicos Subjetivos ($\alpha = .809$)			
45 Se ha sentido culpable por algo que hizo o dejó de hacer durante el acontecimiento	.842	.786	1,574
46 Se ha sentido culpable por haber sobrevivido al acontecimiento	.599	.796	1,324
47 Se ha sentido responsable de ese acontecimiento	.605	.797	1,364
48 Siente que no puede confiar en los demás	.590	.798	1,351
49 Siente que el mundo es un lugar peligroso	.743	.794	1,546
50 Hay momentos en que se siente fuera de contacto con lo que está sucediendo a su alrededor (como en una nube o en un sueño)	.834	.778	1,400

Ítem	IF ítem	α sub- escala sin el ítem	DT Ítem
51 Hay momentos en que siente que las cosas que pasan a su alrededor son irreales o muy extrañas	.738	.782	1,275
52 Hay momentos en los que se siente como si estuviera fuera de su cuerpo, como si se viera desde fuera	.636	.788	1,204
53 Siente que su valoración de sí mismo ha empeorado	.771	.791	1,534

En segundo lugar, tal y como puede verse en la Tabla 6.13, se calcularon estos índices para cada ítem respecto a la puntuación total de los 17 ítems que forman parte de la sintomatología postraumática del TEPT según la clasificación DSM.

En cuanto a la contribución de cada ítem a la puntuación total, se comprobó que en todos los casos la fiabilidad de la escala disminuía con la eliminación del ítem. La única excepción, tal y como ocurría en el análisis anterior, fue el resultado obtenido en el análisis del ítem 35 (.912) correspondiente a “dificultades para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento”, ya que mediante el análisis diferencial (n=131) se pudo comprobar que la supresión de este ítem favorecía la consistencia interna de la subescala.

En cuanto a los índices de fiabilidad encontrados cabe destacar que ítems de reexperimentación son los que presentan, en global, los valores más elevados, tal y como ocurría en el análisis presentado anteriormente. Aunque en este caso los dos ítems que han superado el índice de fiabilidad mayor a 1 corresponden con el grupo de síntomas de evitación y embotamiento emocional. En concreto, fueron el ítem 36 (1,070) que hace referencia a la disminución del interés o el placer en cosas con las que antes del acontecimiento solía disfrutar la persona, que en el análisis anterior ya presentó puntuaciones superiores a 1, y el ítem 38 (1,023) referido a las posibles dificultades que puede tener la persona para experimentar ciertas emociones (como amor, felicidad, ternura, deseo sexual,...).

Aunque los valores más elevados en los índices de fiabilidad fueron los encontrados en el grupo de síntomas de evitación y embotamiento emocional,

en global este grupo de síntomas obtuvo índices de fiabilidad más bajos que el grupo de síntomas referidos a hiperactivación. En este sentido es importante señalar que el grupo de ítems referidos a evitación y embotamiento afectivo cuentan con el ítem 35, que presenta valores de consistencia interna que prácticamente no llegan al .300, por lo que hace que disminuya notablemente los valores globales obtenidos en este grupo de síntomas.

Por otro lado, señalar que, al margen del ítem 35, el ítem que presentó menor fiabilidad, respecto a la puntuación total de los 17 ítems fue el ítem 33 (evitación y embotamiento afectivo). Este ítem hace referencia a al intento de evitar o ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionados con el acontecimiento.

Tabla 6.13. Análisis de la fiabilidad de cada ítem con la puntuación total de los 17 ítems (n=175).

Ítem	IF ítem	α sub-escala sin el ítem	DT Ítem
Reexperimentación ($\alpha = .904$)			
28 Tiene recuerdos desagradables y repetitivos del acontecimiento (imágenes o pensamientos)	.840	.897	1,301
29 Tiene sueños desagradables y repetitivos del acontecimiento	.899	.899	1,595
30 Hay momentos en los que actúa o siente como si estuviera viviendo de nuevo el acontecimiento	.896	.896	1,509
31 Siente malestar (nerviosismo, inquietud,...) cuando algo le recuerda el acontecimiento	.897	.897	1,269
32 Los recuerdos del acontecimiento hacen que tiemble, sude, se le acelere el corazón,...	.894	.894	1,502
Evitación y embotamiento ($\alpha = .904$)			
33 Intenta evitar o ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionados con el acontecimiento	.687	.903	1,545
34 Intenta evitar actividades, lugares o personas que le recuerden el acontecimiento	.773	.901	1,576
35 Tiene dificultades para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento	.299	.907	1,253
35 (n=131)	.355	.912	1,117
36 Ha disminuido su interés o el placer en cosas con las que solía disfrutar	1,070	.895	1,586
37 Tiene sensación de distancia o alejamiento de los demás (como si no encajase)	.894	.899	1,600

Ítem	IF ítem	α sub- escala sin el ítem	DT Ítem
38 Tiene dificultades para experimentar ciertas emociones (como amor, felicidad, ternura, deseo sexual,...)	1,023	.895	1,516
39 Siente que no va a cumplir ciertas metas en el futuro (no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia,...)	.895	.899	1,573
Hiperactivación ($\alpha = .904$)			
40 Tiene dificultades para dormirse o mantener el sueño	.856	.899	1,524
41 Se siente irritable o tiene ataques de ira	.775	.901	1,541
42 Tiene dificultades para concentrarse	.864	.898	1,508
43 Está en constante estado de alerta o vigilancia (se mantiene siempre en guardia)	.984	.896	1,531
44 Se sobresalta o asusta fácilmente	.806	.900	1,497

En tercer lugar, tal y como puede verse en la Tabla 6.14, se calcularon los índices de fiabilidad del ítem en relación con la puntuación total de los 26 ítems, estos es, los 17 ítems que forman parte de la sintomatología postraumática del TEPT según la clasificación DSM y los 9 ítems referentes a los síntomas clínicos subjetivos.

En cuanto a la contribución de cada ítem a la puntuación total, se comprobó que en todos los casos la fiabilidad de la escala disminuía con la eliminación del ítem. La única excepción, tal y como ocurría en los análisis anteriores, fue el resultado obtenido en el ítem 35 (.923) correspondiente a “dificultades para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento” para el que los datos indican que su supresión favorece la consistencia interna de la subescala a la que pertenece. E incluso esta contribución es todavía menor tras realizar el análisis diferencial ($n=131$).

En este análisis se han encontrado dos ítems que su contribución a la escala no era significativa en ningún sentido, ya que la puntuación obtenida en el alfa de la subescala sin el ítem era igual a alfa total de la escala con el ítem. En concreto, se dio este resultado en los ítems 33 (“Intenta evitar o ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionados con el acontecimiento”) y 47 (“Se ha sentido responsable de ese acontecimiento”)

correspondientes a la subescala de evitación y embotamiento afectivo y síntomas clínicos subjetivos respectivamente.

En cuanto a los índices de fiabilidad encontrados cabe destacar que el grupo de síntomas referidos a reexperimentación son los que presentan, en global, los valores más elevados, tal y como ocurría en los análisis anteriores. Aunque en este caso, los dos ítems que han superado el índice de fiabilidad mayor a 1 corresponden al grupo de síntomas de evitación y embotamiento. En concreto, fueron el ítem 36 (1,100) que hace referencia a la disminución del interés o el placer en cosas con las que antes del acontecimiento solía disfrutar la persona, que en el análisis anterior ya presentó puntuaciones superiores a 1, y el ítem 38 (1,085) referido a las posibles dificultades que puede tener la persona para experimentar ciertas emociones (como amor, felicidad, ternura, deseo sexual,...). Estos datos ya se mostraron en este sentido en el análisis realizado anteriormente.

Aunque los valores más elevados en los índices de fiabilidad fueron los encontrados en el grupo de síntomas referidos a evitación y embotamiento emocional, en global este grupo de síntomas obtuvo índices de fiabilidad más bajos que el grupo de síntomas de hiperactivación. Pero es importante recordar que este grupo de síntomas, evitación y embotamiento afectivo, cuenta con el ítem 35, que presenta valores de consistencia interna muy próximos a .300, por lo que hace que disminuyan notablemente los valores globales obtenidos en este grupo de síntomas. Y los valores más bajos se encontraron en el grupo de síntomas referidos a los síntomas clínicos subjetivos.

Por otro lado, señalar que el ítem que presenta menor fiabilidad, respecto a la puntuación total, es el ítem 47 (síntomas clínicos subjetivos). Este ítem hace referencia al posible sentimiento de responsabilidad que la persona ha sentido frente al acontecimiento.

Tabla 6.14. Análisis de la fiabilidad de cada ítem con la puntuación total de los 26 ítems (n=175).

Ítem	IF ítem	α sub-escala sin el ítem	DT Ítem
Reexperimentación ($\alpha = .922$)			
28 Tiene recuerdos desagradables y repetitivos del acontecimiento (imágenes o pensamientos)	.788	.918	1,301
29 Tiene sueños desagradables y repetitivos del acontecimiento	.838	.920	1,595
30 Hay momentos en los que actúa o siente como si estuviera viviendo de nuevo el acontecimiento	.928	.918	1,509
31 Siente malestar (nerviosismo, inquietud,...) cuando algo le recuerda el acontecimiento	.722	.919	1,269
32 Los recuerdos del acontecimiento hacen que tiemble, sude, se le acelere el corazón,...	.986	.917	1,502
Evitación y embotamiento ($\alpha = .922$)			
33 Intenta evitar o ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionados con el acontecimiento	.625	.922	1,545
34 Intenta evitar actividades, lugares o personas que le recuerden el acontecimiento	.707	.921	1,576
35 Tiene dificultades para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento	.305	.923	1,253
35 Tiene dificultades para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento (n=131)	.352	.925	1,117
36 Ha disminuido su interés o el placer en cosas con las que solía disfrutar	1,100	.917	1,586
37 Tiene sensación de distancia o alejamiento de los demás (como si no encajase)	.966	.918	1,600
38 Tiene dificultades para experimentar ciertas emociones (como amor, felicidad, ternura, deseo sexual,...)	1,085	.916	1,516
39 Siente que no va a cumplir ciertas metas en el futuro (no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia,...)	.972	.918	1,573
Hiperactivación ($\alpha = .922$)			
40 Tiene dificultades para dormirse o mantener el sueño	.856	.919	1,524
41 Se siente irritable o tiene ataques de ira	.775	.920	1,541
42 Tiene dificultades para concentrarse	.864	.918	1,508
43 Está en constante estado de alerta o vigilancia (se mantiene siempre en guardia)	.984	.918	1,531
44 Se sobresalta o asusta fácilmente	.806	.919	1,497
Síntomas Clínicos Subjetivos ($\alpha = .922$)			
45 Se ha sentido culpable por algo que hizo o dejó de hacer durante el acontecimiento	.744	.921	1,574
46 Se ha sentido culpable por haber sobrevivido al acontecimiento	.579	.921	1,324

Ítem	IF ítem	α sub- escala sin el ítem	DT Ítem
47 Se ha sentido responsable de ese acontecimiento	.491	.922	1,364
48 Siente que no puede confiar en los demás	.668	.920	1,351
49 Siente que el mundo es un lugar peligroso	.828	.919	1,546
50 Hay momentos en que se siente fuera de contacto con lo que está sucediendo a su alrededor (como en una nube o en un sueño)	.810	.919	1,400
51 Hay momentos en que siente que las cosas que pasan a su alrededor son irreales o muy extrañas	.605	.920	1,275
52 Hay momentos en los que se siente como si estuviera fuera de su cuerpo, como si se viera desde fuera	.527	.921	1,204
53 Siente que su valoración de sí mismo ha empeorado	.918	.918	1,534

6.2.3. *Análisis de la validez.*

6.2.3.1 *Validez de constructo.*

6.2.3.1.1 *Análisis factorial.*

Para analizar la estructura factorial de la EGEP se utilizó el *análisis factorial* aplicado al 17 ítems correspondientes a la intensidad de los síntomas postraumáticos incluidos en los criterios diagnósticos. Tanto la medida de adecuación muestral obtenida mediante el índice de Kaiser – Meyer – Olkin (igual a .888), como la prueba de esfericidad de Bartlett ($B=1347,52$, $p<.00001$) mostraron la adecuación del modelo factorial para el análisis de datos.

La extracción inicial de factores se basó en el método de componentes principales, seleccionando aquellos factores con valores propios superiores a la unidad, y en rotación ortogonal (Varimax) que permite minimizar el número de variables con saturaciones altas en un factor para obtener una solución más interpretable, en el sentido que las variables fuertemente correlacionadas entre sí suelen presentar saturaciones altas sobre un mismo factor y bajas sobre el resto. Así se obtuvieron 4 factores, que explicaban un 63,31% de la varianza total. La razón de la diferencia de autovalores indicó la conveniencia de mantener esos 4 factores. Para la inclusión de los ítems en los factores, se consideraron los pesos factoriales superiores a .400 (aunque sólo un ítem tuvo un peso menor a .500). La composición de estos factores se presentan en la

Tabla 6.15, mostrando los ítems por orden decreciente de saturación en el factor. Todos los ítems saturaron únicamente en un factor, salvo el ítem 44 (respuesta de sobresalto), que saturó en 3 factores respectivamente (1, 2 y 4).

El primer factor incluye ítems referidos a síntomas de embotamiento emocional y de hiperactivación (recogería por tanto, los ítems correspondientes al criterio D del DSM-IV-TR, y los de embotamiento del criterio C. En este factor se ha incluido el ítem 44, que satura en tres factores. Sin embargo, su saturación en este factor es la más alta, y además es en el que tiene una mayor coherencia teórica, ya que se agruparía con el resto de síntomas de hiperactivación. Es de destacar que todos los ítems del factor saturan en la misma dirección.

El segundo factor incluye los ítems correspondientes a síntomas de reexperimentación del acontecimiento traumático (recogería por tanto el criterio B del DSM-IV-TR). Sin embargo, este factor incluye también el ítem “dificultades para dormir o mantener el sueño”, asignado en las clasificaciones diagnósticas al grupo de síntomas de hiperactivación.

El tercer factor incluye dos ítems centrados en síntomas de evitación (cognitiva y motora) de todos los estímulos relacionados o que evocan el acontecimiento traumático. Estos síntomas se incluyen en las clasificaciones diagnósticas dentro del criterio C, junto con los de embotamiento emocional.

Por último, el análisis factorial ha arrojado un cuarto factor que correspondería solamente con el ítem 35, referente a la dificultad para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento, y que en las clasificaciones se incluye entre los síntomas de evitación (criterio C).

Tabla 6.15. Estructura factorial de los 17 síntomas postraumáticos.

Nombres del factor e ítem	Pesos
1. Embotamiento e hiperactivación	
38. Tiene dificultades para experimentar ciertas emociones (como amor, felicidad, ternura, deseo sexual,...)	.816
36. Ha disminuido su interés o el placer en cosas con las que solía disfrutar	.764
37. Tiene sensación de distancia o alejamiento de los demás (como si no encajase)	.751
39. Siente que no va a cumplir ciertas metas en el futuro (no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia,...)	.713
41. Se siente irritable o tiene ataques de ira	.618
43. Está en constante estado de alerta o vigilancia (se mantiene siempre en guardia)	.596
42. Tiene dificultades para concentrarse	.525
44. Se sobresalta o asusta fácilmente	.452
2. Reexperimentación	
28. Tiene recuerdos desagradables y repetitivos del acontecimiento (imágenes o pensamientos)	.813
30. Hay momentos en los que actúa o siente como si estuviera viviendo de nuevo el acontecimiento	.741
32. Los recuerdos del acontecimiento hacen que tiemble, sude, se le acelere el corazón,...	.735
31. Siente malestar (nerviosismo, inquietud,...) cuando algo le recuerda el acontecimiento	.730
29. Tiene sueños desagradables y repetitivos del acontecimiento	.707
40. Tiene dificultades para dormirse o mantener el sueño	.524
3. Evitación de pensamientos y actividades	
33. Intenta evitar o ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionados con el acontecimiento	.785
34. Intenta evitar actividades, lugares o personas que le recuerden el acontecimiento	.774
4. Dificultades para recordar	
35. Tiene dificultades para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento	.896

Para explorar la posibilidad de agrupar el cuarto factor compuesto únicamente por el ítem 35 (dificultad para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento) junto con otro factor, se realizó un análisis factorial en el que se solicitaba la extracción de 3 factores. Tanto la medida de adecuación muestral obtenida mediante el índice de Kaiser – Meyer – Olkin (igual a .888), como la prueba de esfericidad de Bartlett ($B=1347,52$, $p<.00001$) mostraron la adecuación del modelo factorial para el análisis de datos.

La extracción inicial de factores se basó en el método de componentes principales, seleccionando aquellos factores con valores propios superiores a la unidad, y en rotación ortogonal (Varimax), al igual que se había realizado en el análisis anterior.

Los tres factores obtenidos, véase Tabla 6.16, explican un 57,12% de la varianza. En cuanto a su composición, encontramos que el primer factor aparece formado por los mismos ítems que en el análisis factorial anterior, aunque la saturación de cada ítem presenta ligeras variaciones, no aparecen modificaciones en el peso de cada uno de los ítems en la escala, siendo el ítem 38 (Tiene dificultades para experimentar ciertas emociones como amor, felicidad, ternura, deseo sexual,...) el que continúa presentado mayor peso en este factor. El segundo factor agruparía los factores 2 y 3 del análisis anterior, y pasaría a denominarse Reexperimentación y evitación. El tercer factor estaría nuevamente constituido únicamente por el ítem 35 (dificultades para recordar), que se mantiene como factor independiente incluso cuando se fuerza el análisis para la extracción de tres factores.

Tabla 6.16. Estructura factorial de los 17 síntomas postraumáticos forzando la extracción a 3 factores.

Nombres del factor e ítem	Pesos
1. Embotamiento e hiperactivación	
38. Tiene dificultades para experimentar ciertas emociones (como amor, felicidad, ternura, deseo sexual,...)	.805
36. Ha disminuido su interés o el placer en cosas con las que solía disfrutar	.722
37. Tiene sensación de distancia o alejamiento de los demás (como si no encajase)	.769
39. Siente que no va a cumplir ciertas metas en el futuro (no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia,...)	.733
41. Se siente irritable o tiene ataques de ira	.643
43. Está en constante estado de alerta o vigilancia (se mantiene siempre en guardia)	.606
42. Tiene dificultades para concentrarse	.531
44. Se sobresalta o asusta fácilmente	.521
2. Reexperimentación y evitación	
32. Los recuerdos del acontecimiento hacen que tiemble, sude, se le acelere el corazón,...	.771
28. Tiene recuerdos desagradables y repetitivos del acontecimiento (imágenes o pensamientos)	.749
31. Siente malestar (nerviosismo, inquietud,...) cuando algo le recuerda el acontecimiento	.743

Nombres del factor e ítem	Pesos
29. Tiene sueños desagradables y repetitivos del acontecimiento	.667
30. Hay momentos en los que actúa o siente como si estuviera viviendo de nuevo el acontecimiento	.645
34. Intenta evitar actividades, lugares o personas que le recuerden el acontecimiento	.624
40. Tiene dificultades para dormirse o mantener el sueño	.606
33. Intenta evitar o ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionados con el acontecimiento	.603
3. Dificultades para recordar	
35. Tiene dificultades para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento	.841

Parece, por tanto, que el análisis con cuatro factores tendría un mayor valor explicativo. Por ello, se calcularon las correlaciones entre factores para los cuatro factores del primer análisis (véase Tabla 6.17), obteniéndose correlaciones directas y significativas en todos los casos excepto entre evitación y dificultad para recordar.

Tabla 6.17. Correlaciones entre los factores de embotamiento y activación, reexperimentación, evitación y dificultad para recordar el acontecimiento (n = 175).

	1	2	3	4
1. Embotamiento y activación		,597**	,404*	,234**
2. Reexperimentación	,597**		,520**	,204**
3. Evitación	,404**	,520**		,071
4. Dificultad para recordar acontecimiento	,234**	,204**	,071	

** p<.01

También se analizó la estructura factorial del grupo de síntomas clínicos subjetivos incluidos en la EGEP. Para ello se utilizó el *análisis factorial* aplicado al 9 ítems correspondientes a la intensidad de los síntomas clínicos subjetivos. Tanto la medida de adecuación muestral obtenida mediante el índice de Kaiser – Meyer – Olkin (igual a .801), como la prueba de esfericidad de Bartlett (B=446,237, p<.00001) mostraron la adecuación del modelo factorial para el análisis de datos.

La extracción inicial de factores se basó en el método de componentes principales, seleccionando aquellos factores con valores propios superiores a la unidad, y en rotación ortogonal (Varimax), al igual que se realizó en los análisis factoriales anteriores.

Así se obtuvieron 3 factores, que explicaban un 64,64% de la varianza total. Para la inclusión de los ítems en los factores, se consideraron los pesos factoriales superiores a .400 (aunque ningún ítem tuvo un peso menor a .500). La composición de estos factores se presentan en la Tabla 6.18, mostrando los ítems por orden decreciente de saturación en el factor. Todos los ítems saturaron únicamente en un factor.

El primer factor incluye todos los ítems referidos a síntomas disociativos que forman parte de los síntomas clínicos subjetivos y un síntoma referido a posibles sentimientos de culpa tras sobrevivir al acontecimiento.

El segundo factor se caracteriza por la inclusión de ítems referidos a cogniciones negativas relacionadas con el mundo o con uno mismo.

Y en el último factor se han agrupado los síntomas referidos a sentimientos de culpa o responsabilidad por lo sucedido.

Por lo tanto, parece que la estructura factorial del grupo de síntomas clínicos subjetivos recoge 3 factores claramente diferenciados que hacen referencia a sintomatología disociativa, a cogniciones negativas sobre uno mismo y sobre el mundo, y a sentimientos de culpa y responsabilidad.

Aunque cabría esperar que el ítem 46, referido al sentimiento de culpa por haber sobrevivido al acontecimiento, hubiese saturado en el tercer factor, es posible que no haya sido así porque los ítems recogidos en el tercer factor (“Se ha sentido culpable por algo que hizo o dejó de hacer durante el acontecimiento” y “Se ha sentido responsable de ese acontecimiento”) hacen referencia a sentimientos de autoinculpación sobre lo sucedido o no durante el acontecimiento, mientras que el ítem 46 no hace referencia al acontecimiento sino al propio individuo.

Tabla 6.18. Estructura factorial de los síntomas clínicos subjetivos.

Nombres del factor e ítem	Pesos
1. Síntomas disociativos y culpa por sobrevivir al acontecimiento	
50. Hay momentos en que se siente fuera de contacto con lo que está sucediendo a su alrededor (como en una nube o en un sueño)	.841
51. Hay momentos en que siente que las cosas que pasan a su alrededor son irreales o muy extrañas	.794
52. Hay momentos en los que se siente como si estuviera fuera de su cuerpo, como si se viera desde fuera	.661
46. Se ha sentido culpable por haber sobrevivido al acontecimiento	.580
2. Cogniciones negativas sobre uno mismo y sobre el mundo	
48. Siente que no puede confiar en los demás	.866
49. Siente que el mundo es un lugar peligroso	.764
53. Siente que su valoración de sí mismo ha empeorado	.525
3. Sentimientos de culpa y responsabilidad	
45. Se ha sentido culpable por algo que hizo o dejó de hacer durante el acontecimiento	.879
47. Se ha sentido responsable de ese acontecimiento	.798

6.2.3.2 Validez convergente.

6.2.3.2.1 Análisis de ítems.

Tal y como observarse en la Tabla 6.19, el análisis de ítems que se realizó mediante las correlaciones de cada ítem con la subescala a la que pertenece y con las correlaciones del ítem con las puntuaciones totales de la EGEF (17 ítems y 26 ítems) puso de manifiesto que todas las correlaciones fueron significativas al nivel .01.

Como ya se realizó en el análisis de la consistencia interna de cada ítem se procedió también este caso a un análisis diferencial para el ítem 35, aunque los resultados que arrojó este análisis no mejoraban mucho los resultados obtenidos previamente.

Dentro de las correlaciones estudiadas, destacan especialmente las establecidas entre el grupo de síntomas que forman parte de la subescala de reexperimentación y esta misma, ya que son en las que se obtuvieron puntuaciones más elevadas. Algo menores, en torno a .700, fueron las correlaciones encontradas entre el grupo de síntomas que forman parte de la

subescala de hiperactivación y esta misma. Y en torno a .600 fueron las correlaciones encontradas entre el grupo de síntomas que forman parte de la subescala de evitación y esta misma.

Entorno a .600 también estuvieron las correlaciones encontradas en la subescala de síntomas clínicos subjetivos.

Por último, se obtuvieron los resultados de la correlación entre los 17 síntomas postraumáticos que señalan las clasificaciones diagnósticas y la puntuación total en la EGEP de 17, y la correlación entre los 26 síntomas postraumáticos y la puntuación total en la EGEP de 26, encontrando, en ambas correlaciones significativas al nivel .01.

Los ítems que han obtenido correlaciones más altas en cada subescala a la que pertenecen han sido el 32 (“Los recuerdos del acontecimiento hacen que tiemble, sude, se le acelere el corazón,...”), el 36 (“Ha disminuido su interés o el placer en cosas con las que solía disfrutar”), el 43 (“Está en constante estado de alerta o vigilancia, se mantiene siempre en guardia”), correspondientes a la subescala de reexperimentación, evitación y embotamiento afectivo e hiperactivación, respectivamente. Estos ítems fueron los que también mostraron índices de fiabilidad más elevados en el análisis de fiabilidad de los ítems presentado con anterioridad.

Los ítems 29 (“Tiene sueños desagradables y repetitivos del acontecimiento”), 35 (“Tiene dificultades para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento”) y 40 (“Tiene dificultades para dormirse o mantener el sueño”) fueron los que obtuvieron correlaciones más bajas, aunque significativas todas ellas al nivel.01, con las subescalas de las que forman parte (reexperimentación, evitación y embotamiento afectivo e hiperactivación). Estos datos guardan, como en el caso anterior, una estrecha relación con los valores más bajos encontrados en los índices de fiabilidad de los ítems.

En la subescala de síntomas clínicos subjetivos el ítem 50 (“Hay momentos en que se siente fuera de contacto con lo que está sucediendo a su alrededor (como en una nube o en un sueño)”) fue el obtuvo una correlación

mayor con su subescala y el ítem 48 (“Siente que no puede confiar en los demás”) el que obtuvo una menor correlación.

Por último, los valores encontrados en las correlaciones de los ítems con la puntuación total 17 y con la puntuación total 26 pusieron de manifiesto que el ítem 32 (“Los recuerdos del acontecimiento hacen que tiemble, sude, se le acelere el corazón,...”) y el ítem 38 (“Tiene dificultades para experimentar ciertas emociones como amor, felicidad, ternura, deseo sexual,...”) respectivamente mostraban correlaciones más elevadas que los demás ítems.

Como era previsible, por los resultados que hasta el momento viene arrojando el ítem 35 (“Tiene dificultades para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento”) fue este el que presentó valores más bajos en las correlaciones. Aunque en el caso de la subescala de puntuación total (17 ítems) el ítem 35, en el análisis diferencial realizado, mejora su valor (.378) llegando a obtener mejores puntuaciones que las obtenidas por el ítem 52, .354, (“Hay momentos en los que se siente como si estuviera fuera de su cuerpo, como si se viera desde fuera”) correspondiente a la subescala de síntomas clínicos subjetivos.

Tabla 6.19. Correlaciones de cada ítem con la subescala a la que pertenece y con las puntuaciones totales de la EGEP (17 y 26 ítems) (n=175).

Ítem	Reexp.	Evitación	Hiperac.	SCS	Total (17 ítems)	Total (26 ítems)
28	.840 **	.476**	.537**	.404**	.692**	.642**
29	.775**	.436**	.452**	.359**	.623**	.577**
30	.815**	.510**	.511**	.447**	.689**	.656**
31	.794**	.475**	.525**	.346**	.671**	.607**
32	.841**	.560**	.604**	.429**	.751**	.694**
33	.431**	.570**	.346**	.245**	.521**	.463**
34	.432**	.586**	.453**	.277**	.564**	.505**
35	.217**	.344**	.251**	.200**	.312**	.296**
35 (n=131)	.252**	.439**	.239**	.240**	.378**	.360**
36	.480**	.807**	.602**	.578**	.727**	.730**
37	.337**	.745**	.537**	.554**	.626**	.649**
38	.478**	.766*	.652**	.634**	.725**	.749**
39	.369**	.710**	.571**	.572**	.634**	.661**
40	.534**	.489**	.655**	.414**	.625**	.598**
41	.377**	.473**	.693**	.410**	.574**	.560**
42	.470**	.538**	.690**	.503**	.635**	.637**
43	.483**	.608**	.771**	.447**	.697**	.662**
44	.395**	.529**	.689**	.474**	.603**	.604**
45	.365**	.353**	.341**	.669**	.400**	.527**
46	.265**	.409**	.344**	.580**	.386**	.485**
47	.253**	.226**	.291**	.577**	.287**	.413**
48	.308**	.461**	.466**	.569**	.468**	.540**
49	.307**	.515**	.500**	.623**	.503**	.585**
50	.379**	.504**	.465**	.704**	.512**	.621**
51	.269**	.400**	.335**	.680**	.383**	.519**
52	.275**	.346**	.310**	.634**	.354**	.481**
53	.343**	.600**	.564**	.640**	.574**	.642**

** p<.01

* p<.05

Además, se profundizó en el análisis de las correlaciones de cada ítem con la subescala a la que pertenece y con las demás subescalas, mediante una técnica (Hays et al., 1988) que con correlaciones Pearson se calcula el valor del ítem para la escala a la que pertenece, estableciendo los posibles errores que pudieran darse en las correlaciones. Esto es; detectar aquellos casos en los que el valor obtenido entre el ítem y una subescala es mayor que el obtenido con la subescala a la que pertenece.

El número de errores encontrados, véase Tabla 6.20, en las correlaciones calculadas fue inexistente, no se dieron errores, por lo que estos datos ponen de manifiesto la adecuada validez convergente de la EGEP, ya que el porcentaje de error sería nulo (0/212).

Estos resultados también son apoyados porque todas las correlaciones ítem-subescala superan el valor 0.40, imprescindible para considerar que el instrumento tiene una adecuada validez convergente (Hays et al., 1988).

Sin embargo, una vez más nos encontramos que el ítem 35 no llega a los valores mínimos establecidos (.344) salvo en el análisis diferencial (n=131) que supera (.439) ligeramente el valor 0.40.

Tabla 6.20. Errores en las correlaciones de cada ítem con la subescala, a la que pertenece y con las demás subescalas (n = 175).

	Reexp	Evitación	Hiperactivación	SCS
Ítems validez discriminante	0	0	0	0

6.2.3.2.2 Correlaciones entre subescalas.

Además de conocer la correlación de cada ítem con las diferentes subescalas se consideró oportuno establecer la correlación entre estas y con las puntuaciones totales en la EGEP (17 y 26 ítems), encontrando, tal y como se puede observar en la Tabla 6.21, que todas ellas son significativas al nivel .01, por lo que se pone de manifiesto la alta relación entre las subescalas valoradas. Las correlaciones más altas son las resultantes entre el análisis establecido entre las subescalas con la puntuación total obtenida en la EGEP (26 ítems). Algo menores, pero también muy elevadas fueron las correlaciones encontradas entre las subescalas y la puntuación total obtenida en la EGEP (17 ítems).

Entorno a .700 estuvieron las correlaciones entre la subescala de evitación y embotamiento con las demás subescalas y puntuaciones totales de

la EGEP, entre la subescala de hiperactivación con las demás subescalas y puntuaciones totales de la EGEP y entre la subescala de síntomas clínicos subjetivos con las demás subescalas y puntuaciones totales de la EGEP, que fueron, en este mismo orden, algo menores. Y entorno a .600 estuvieron las correlaciones establecidas entre la subescala de reexperimentación con las demás subescalas y puntuaciones totales de la EGEP.

Tabla 6.21. Correlaciones entre cada subescala y de estas con la EGEP (17 síntomas postraumáticos y 17 síntomas postraumáticos más síntomas clínicos subjetivos). (n=175).

	1	2	3	4	5	6
1. Reexperimentación		,605**	,646**	,490**	,784**	,782**
2. Evitación y embotamiento	,605**		,754**	,677**	,897**	,895**
3. Activación	,646**	,754**		,642**	,876**	,875**
4. SCS	,490**	,677**	,642**		,842**	,852**
5. EGEP (17 ítems)	,842**	,907**	,896**	,687**		,966**
6. EFEP (26 ítems)	,782**	,895**	,875**	,852**	,966**	

* * p<.01

6.2.3.3 Validez discriminante.

Para el cálculo de la validez discriminante se establecieron correlaciones entre las subescalas y las puntuaciones totales en la escala de la EGEP (17 y 26 ítems) con las puntuaciones obtenidas en depresión, ansiedad, autoestima, alcoholismo y sintomatología psicopatológica (véase Tabla 6.22). Se encontró que todas las correlaciones fueron significativas excepto algunas de las halladas entre las subescalas y el cuestionario *CAGE*. Además, la gran mayoría de las correlaciones fueron positivas, excepto las referidas a la medida de la autoestima que fueron en sentido contrario, o sea, negativas.

Las correlaciones más altas fueron las resultantes entre el análisis establecido entre las medidas de depresión, ansiedad, autoestima, alcoholismo

y sintomatología psicopatológica con la puntuación total obtenida en la EGEP (26 ítems). Puntuaciones muy próximas a estas se encontraron también en las correlaciones entre las medidas de depresión, ansiedad, autoestima, alcoholismo y sintomatología psicopatológica con la subescala de síntomas clínicos subjetivos y entre las medidas de depresión, ansiedad, autoestima, alcoholismo y sintomatología psicopatológica con la puntuación total obtenida en la EGEP (17 ítems), siendo algo más bajas las correlaciones en estas últimas.

Sin embargo las correlaciones entre las medidas estudiadas (depresión, ansiedad, autoestima, alcoholismo y sintomatología psicopatológica) y las subescalas de evitación y embotamiento afectivo, hiperactivación y reexperimentación fueron, algo menores.

Todas las subescalas estudiadas obtuvieron las correlaciones más altas con la variable sintomatología psicopatológica (*BSI*), excepto la subescala de reexperimentación que obtuvo una correlación mayor con la variable de ansiedad, *BAI*.

Tabla 6.22. Correlaciones entre cada subescala de la EGEP y puntuaciones totales de la EGEP (17 y 26 ítems) con las puntuaciones en depresión, ansiedad, autoestima, alcoholismo y sintomatología psicopatológica (n=175).

	Depresión (BDI – II)	Ansiedad (BAI)	Autoestima (Rosenberg)	Alcoholismo (CAGE)	Sintomatología Psicopatológica (BSI)
Reexperimentación	,459**	,544**	-,275**	,117	,506**
Evitación	,649**	,601**	-,479**	,183	,698**
Hiperactivación	,618**	,647**	-,375**	,088**	,693**
SCS	,666**	,627**	-,464**	,220	,698**
EGEP (17ítems)	,656**	,675**	-,433**	,152*	,718**
EGEP (26 ítems)	,710**	,711**	-,478**	,188*	,766**

** p<.01

* p<.05

Además, se calcularon las correlaciones entre las subescalas de la EGEP (reexperimentación, evitación y embotamiento afectivo, hiperactivación y síntomas clínicos subjetivos) y puntuaciones totales de la escala EGEP (17 y 26 ítems) con las subescalas del BSI. Tal y como se presenta en la Tabla 6.23, todas las subescalas de la EGEP y las puntuaciones totales de la EGEP (17 y 26 ítems) mostraron correlaciones significativas al nivel .01 con las subescalas del *BSI*.

Una vez más, se encontró que la puntuación total de la EGEP (26 ítems) era la que obtenía correlaciones más elevadas. Así, las correlaciones más altas fueron las resultantes entre el análisis establecido entre las subescalas del *BSI* con la puntuación total obtenida en la EGEP (26 ítems). Puntuaciones muy próximas a estas se encontraron también en las correlaciones entre las subescalas del *BSI* y la puntuación total obtenida en la EGEP (17 ítems) y entre la subescala de síntomas clínicos subjetivos y las subescalas del *BSI*, siendo algo más bajas las correlaciones en estas últimas.

Las correlaciones obtenidas entre las subescalas del *BSI* y las subescalas de evitación y embotamiento afectivo, hiperactivación y reexperimentación fueron, en este mismo orden, algo menores.

Todas las subescalas estudiadas obtuvieron las correlaciones más altas con la subescala del *BSI* referida a la evaluación de la ansiedad, excepto la subescala de evitación y embotamiento afectivo y síntomas clínicos subjetivos que obtuvieron una correlación mayor con la subescala del *BSI* referida a la evaluación de la depresión.

Tabla 6.23. Correlaciones entre cada subescala de la EGEP y puntuaciones totales de la EGEP (17 y 26 ítems) con las subescalas del BSI (n=175).

	S	O-C	SI	D	A	H	AF	PD	PT
Reexp.	,450**	,414**	,345**	,372**	,536**	,347**	,422**	,341**	,342**
Evitación	,489**	,582**	,581**	,651**	,641**	,573**	,593**	,541**	,620**
Hiperac.	,515**	,601**	,514**	,574**	,645**	,591**	,560**	,528**	,527**
SCS	,544**	,602**	,539**	,662**	,573**	,501**	,563**	,551**	,650**
EGEP (17 ítems)	,549**	,604**	,549**	,609**	,688**	,572**	,597**	,535**	,569**
EGEP (26 ítems)	,590**	,650**	,588**	,675**	,700**	,591**	,631**	,582**	,642**

** p<.01 * p<.05

Nota: S= Somatización, O-C= Obsesivo compulsivo, SI= Sensibilidad Interpersonal, D= Depresión, A= Ansiedad, H=Hostilidad, AF= Ansiedad Fóbica, PD= Paranoïdismo y PT= Psicoticismo.

6.2.3.4 Validez predictiva.

6.2.3.4.1 Curvas COR (Característica Operativa del Receptor).

Para conocer los puntos de corte de la EGEP se realizaron diferentes Curvas COR. Así, se obtuvieron las funciones discriminantes con el punto de corte óptimo para subescala de reexperimentación, evitación y embotamiento afectivo, hiperactivación, síntomas clínicos subjetivos y funcionamiento. Además se calcularon las curvas COR para obtener el punto de corte de las puntuaciones totales de la EGEP (17 y 26 ítems) en referencia a la intensidad de los síntomas referidos por la persona.

A partir de los resultados obtenidos en la Curva COR referida a la subescala de reexperimentación (puntuaciones en presencia - ausencia) véase Figura 6.11 y Tabla 6.24, se seleccionó el punto de corte 1 porque era el punto que mejor maximizaba la sensibilidad y la especificidad para esta subescala. Con esta Curva COR se obtuvo un valor del área bajo al curva de .964.

Figura 6.11. Curva COR de sensibilidad y especificidad de la subescala de reexperimentación (puntuaciones en presencia - ausencia) de la EGEP (n=144).

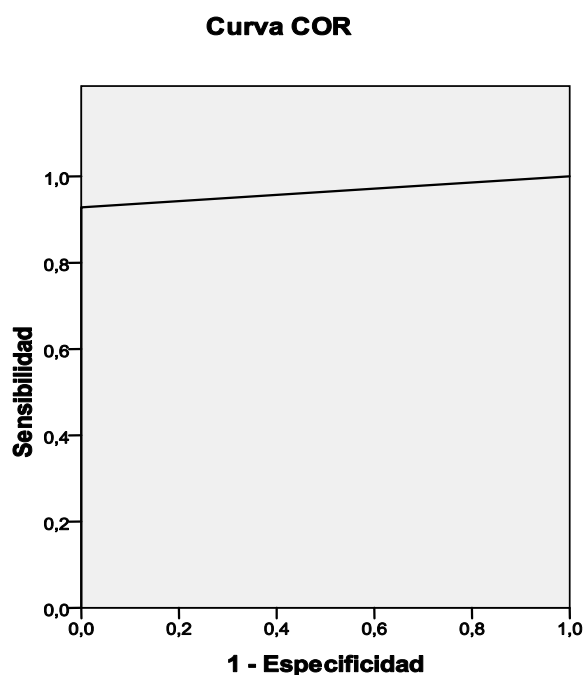


Tabla 6.24. Valores de sensibilidad y especificidad de la subescala de reexperimentación (puntuaciones en presencia - ausencia) de la EGEP (n=144).

Positivo si es mayor o igual que a	Sensibilidad	1 - Especificidad
-1,00	1,000	1,000
,50	,971	,600
1,50	,928	,000
2,50	,849	,000
3,50	,705	,000
4,50	,468	,000
6,00	,000	,000

^a El menor valor de corte es el valor de contraste observado mínimo menos 1, mientras que el mayor valor de corte es el valor de contraste observado máximo más 1. Todos los demás valores de corte son la media de dos valores de contraste observados ordenados y consecutivos.

Los resultados obtenidos en la Curva COR referida a la subescala de evitación y embotamiento afectivo (puntuaciones en presencia - ausencia), véase Figura 6.12 y Tabla 6.25, revelaron que el punto de corte 3 era aquel que mejor maximizaba la sensibilidad y la especificidad para esta subescala. Con esta Curva COR se obtuvo un valor del área bajo la curva de .904.

Figura 6.12. Curva COR de sensibilidad y especificidad de la subescala de evitación y embotamiento afectivo (puntuaciones en presencia - ausencia) de la EGEP (n=144).

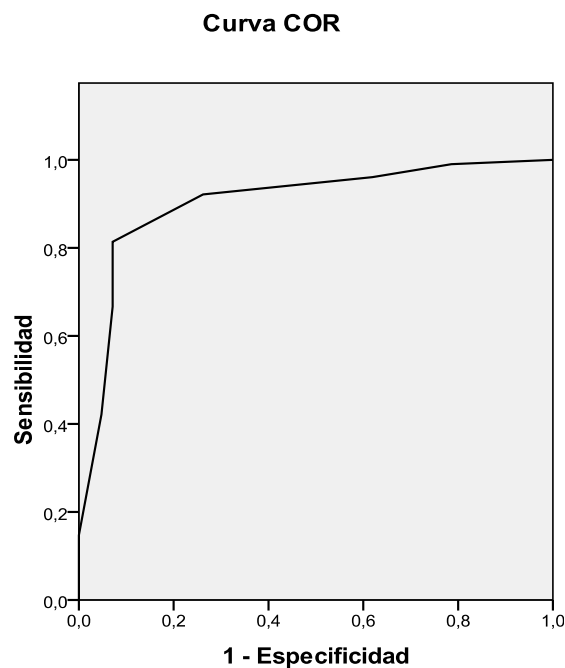


Tabla 6.25. Valores de sensibilidad y especificidad de la subescala de evitación y embotamiento afectivo (puntuaciones en presencia - ausencia) de la EGEP (n=144).

Positivo si es mayor o igual que a	Sensibilidad	1 - Especificidad
-1,00	1,000	1,000
,50	,990	,786
1,50	,961	,619
2,50	,922	,262
3,50	,814	,071
4,50	,667	,071
5,50	,422	,048
6,50	,147	,000
8,00	,000	,000

^a El menor valor de corte es el valor de contraste observado mínimo menos 1, mientras que el mayor valor de corte es el valor de contraste observado máximo más 1. Todos los demás valores de corte son la media de dos valores de contraste observados ordenados y consecutivos.

La Curva COR obtenida para la subescala de hiperactivación (puntuaciones en presencia - ausencia), véase Figura 6.13 y Tabla 6.26, reveló que el punto de corte 2 era aquel que mejor maximizaba la sensibilidad y la especificidad para esta subescala. Con esta Curva COR se obtuvo un valor del área bajo la curva de .848.

Figura 6.13. Curva COR de sensibilidad y especificidad de la subescala de hiperactivación (puntuaciones en presencia - ausencia) de la EGEP (n=144).

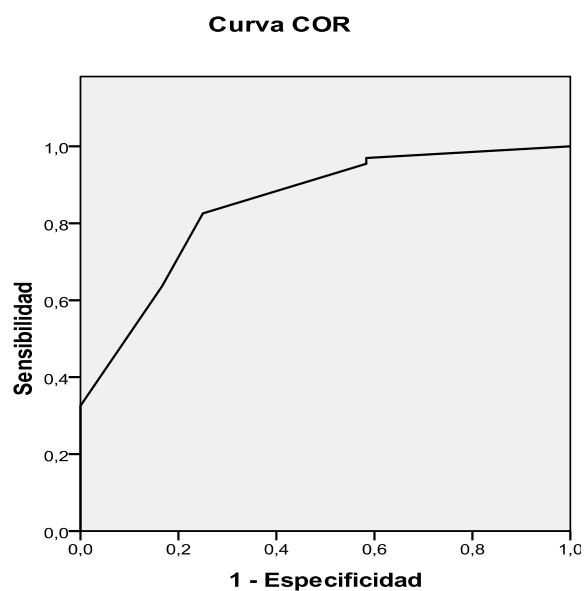


Tabla 6.26. Valores de sensibilidad y especificidad de la subescala de hiperactivación (puntuaciones en presencia - ausencia) de la EGEP (n=144).

Positivo si es mayor o igual que a	Sensibilidad	1 - Especificidad
-1,00	1,000	1,000
,50	,970	,583
1,50	,955	,583
2,50	,826	,250
3,50	,636	,167
4,50	,326	,000
6,00	,000	,000

^a El menor valor de corte es el valor de contraste observado mínimo menos 1, mientras que el mayor valor de corte es el valor de contraste observado máximo más 1. Todos los demás valores de corte son la media de dos valores de contraste observados ordenados y consecutivos.

La Curva COR obtenida para la subescala de síntomas clínicos subjetivos (puntuaciones en presencia - ausencia), véase Figura 6.14 y Tabla 6.27, reveló que el punto de corte 3 era aquel que mejor maximizaba la sensibilidad y la especificidad para esta subescala. Con esta Curva COR se obtuvo un valor del área bajo la curva de .718.

Figura 6.14. Curva COR de sensibilidad y especificidad de la subescala de síntomas clínicos subjetivos (puntuaciones en presencia - ausencia) de la EGEP (n=144).

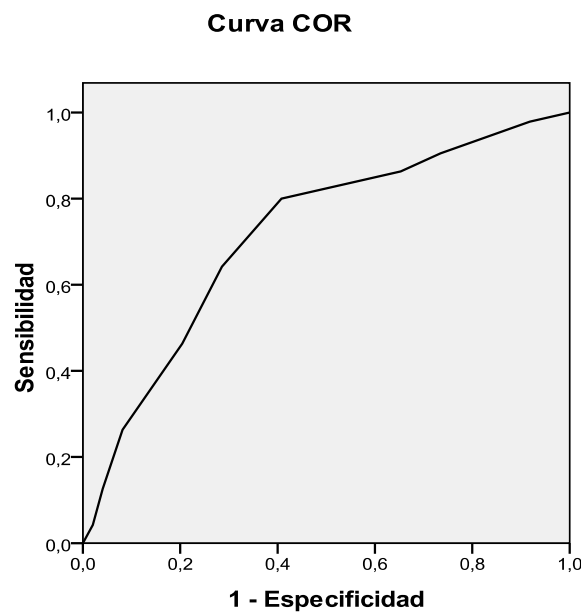


Tabla 6.27. Valores de sensibilidad y especificidad de la subescala de síntomas clínicos subjetivos (puntuaciones en intensidad) de la EGEP (n=144).

Positivo si es mayor o igual que a	Sensibilidad	1 - Especificidad
-1,00	1,000	1,000
,50	,979	,918
1,50	,905	,735
2,50	,863	,653
3,50	,800	,408
4,50	,642	,286
5,50	,463	,204
6,50	,263	,082
7,50	,126	,041
8,50	,042	,020
10,00	,000	,000

^a El menor valor de corte es el valor de contraste observado mínimo menos 1, mientras que el mayor valor de corte es el valor de contraste observado máximo más 1. Todos los demás valores de corte son la media de dos valores de contraste observados ordenados y consecutivos.

La Curva COR obtenida para la subescala de funcionamiento (puntuaciones en presencia - ausencia), véase Figura 6.15 y Tabla 6.28, reveló que el punto de corte 2 era aquel que mejor maximizaba la sensibilidad y la especificidad para esta subescala. Con esta Curva COR se obtuvo un valor del área bajo la curva de .926.

Figura 6.15. Curva COR de sensibilidad y especificidad de la subescala funcionamiento (puntuaciones en presencia - ausencia) de la EGEP (n=144).

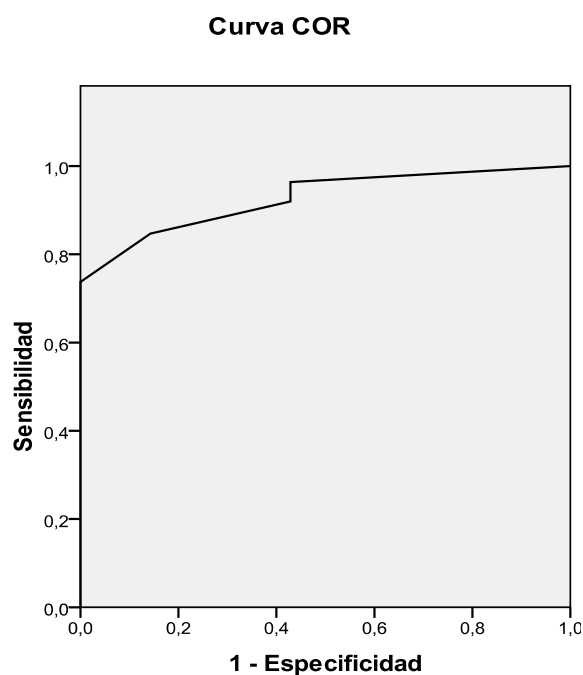


Tabla 6.28. Valores de sensibilidad y especificidad de la subescala de funcionamiento (puntuaciones en presencia - ausencia) de la EGEP (n=144).

Positivo si es mayor o igual que a	Sensibilidad	1 - Especificidad
-1,00	1,000	1,000
,50	,964	,429
1,50	,920	,429
2,50	,847	,143
3,50	,737	,000
4,50	,606	,000
5,50	,365	,000
6,50	,066	,000
8,00	,000	,000

^a El menor valor de corte es el valor de contraste observado mínimo menos 1, mientras que el mayor valor de corte es el valor de contraste observado máximo más 1. Todos los demás valores de corte son la media de dos valores de contraste observados ordenados y consecutivos.

La Curva COR obtenida para la puntuación global de la EGEP (17 ítems) en intensidad, véase Figura 6.16 y Tabla 6.29, reveló que el punto de corte 24 era aquel que mejor maximizaba la sensibilidad y la especificidad para esta puntuación global. Con esta Curva COR se obtuvo un valor del área bajo al curva de .840.

Figura 6.16. Curva COR de sensibilidad y especificidad de la puntuación global (puntuaciones en intensidad) de la EGEP (17 ítems), (n=144).

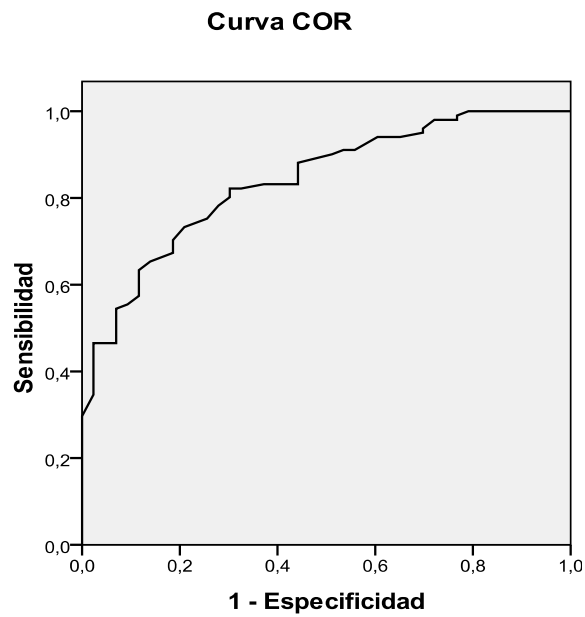


Tabla 6.29. Valores de sensibilidad y especificidad para la puntuación global (puntuaciones en intensidad) de la EGEP (17 ítems), (n=144).

Positivo si es mayor o igual que a	Sensibilidad	1 - Especificidad
1,000	1,000	1,000
,50	1,000	,953
2,00	1,000	,884
3,50	1,000	,837
4,50	1,000	,814
5,50	1,000	,791
6,50	,990	,767
7,50	,980	,767
8,50	,980	,721
9,50	,960	,698
11,00	,950	,698
12,50	,941	,651
13,50	,941	,605
14,50	,911	,558
15,50	911	,535
16,50	,901	,512
17,50	,881	,442
18,50	,842	,442
19,50	,832	,442
20,50	,832	,372
22,00	,822	,326
23,50	,822	,302
24,50	,812	,302
25,50	,802	,302
26,50	,782	,279
27,50	,752	,256
28,50	,733	,209
29,50	,703	,186
30,50	,653	,186
31,50	,653	,140
32,50	,634	,116
33,50	,604	,116
34,50	,574	,116
35,50	,554	,093
36,50	,545	,070
37,50	,525	,070

Positivo si es mayor o igual que a	Sensibilidad	1 - Especificidad
38,50	,495	,070
39,50	,465	,070
40,50	,465	,023
41,50	,436	,023
42,50	,386	,023
43,50	,347	,023
44,50	,297	,000
46,00	,248	,000
47,50	,238	,000
48,50	,218	,000
49,50	,198	,000
51,00	,188	,000
52,50	,168	,000
53,50	,119	,000
54,50	,099	,000
56,00	,079	,000
59,00	,050	,000
61,50	,040	,000
63,00	,030	,000
64,50	,020	,000
66,00	,010	,000
68,00	,000	,000

a El menor valor de corte es el valor de contraste observado mínimo menos 1, mientras que el mayor valor de corte es el valor de contraste observado máximo más 1. Todos los demás valores de corte son la media de dos valores de contraste observados ordenados y consecutivos.

La Curva COR obtenida para la puntuación global de la EGEP (26 ítems) en intensidad, véase Figura 6.17 y Tabla 6.30, reveló que el punto de corte 30 era aquel que mejor maximizaba la sensibilidad y la especificidad para esta puntuación global. Con esta Curva COR se obtuvo un valor del área bajo al curva de .805.

Figura 6.17. Curva COR de sensibilidad y especificidad de la puntuación global (puntuaciones en intensidad) de la EGEP (26 ítems), (n=144).

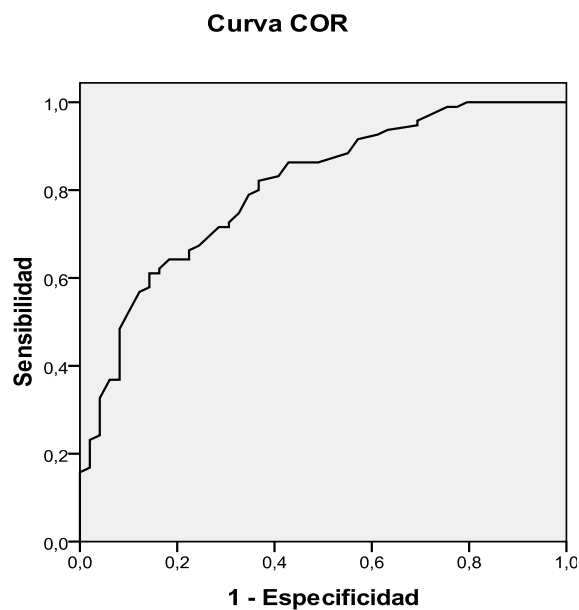


Tabla 6.30. Valores de sensibilidad y especificidad para la puntuación global (puntuaciones en intensidad) de la EGEP (26 ítems), (n=144).

Positivo si es mayor o igual que a	Sensibilidad	1 - Especificidad
-1,00	1,000	1,000
,50	1,000	,959
1,50	1,000	,939
2,50	1,000	,918
3,50	1,000	,898
5,00	1,000	,857
6,50	1,000	,837
7,50	1,000	,816
8,50	1,000	,796
11,00	,989	,776
14,00	,989	,755
15,50	,979	,735
16,50	,968	,714
17,50	,958	,694
18,50	,947	,694
19,50	,937	,633
20,50	,926	,612
21,50	,916	,571
22,50	,884	,551
24,00	,863	,490
26,00	,863	,449
27,50	,863	,429
28,50	,832	,408
30,00	,821	,367
31,50	,811	,367
32,50	,800	,367
33,50	,789	,347
34,50	,747	,327
35,50	,726	,306
36,50	,716	,306
37,50	,716	,286
38,50	,695	,265
39,50	,674	,245
40,50	,663	,224
41,50	,642	,224
42,50	,642	,184

Positivo si es mayor o igual que a	Sensibilidad	1 - Especificidad
43,50	,626	,163
44,50	,611	,163
45,50	,611	,143
46,50	,579	,143
47,50	,568	,122
48,50	,526	,102
49,50	,484	,082
50,50	,474	,082
52,50	,442	,082
54,50	,421	,082
55,50	,411	,082
56,50	,389	,082
57,50	,368	,082
58,50	,368	,061
59,50	,326	,041
61,00	,284	,041
63,00	,274	,041
64,50	,263	,041
66,00	,253	,041
67,50	,242	,041
68,50	,232	,020
69,50	,211	,020
71,00	,179	,020
72,50	,168	,020
73,50	,158	,000
74,50	,147	,000
75,50	,137	,000
76,50	,105	,000
77,50	,084	,000
78,50	,074	,000
79,50	,053	,000
80,50	,042	,000
82,00	,032	,000
86,50	,021	,000
96,00	,011	,000
103,00	,000	,000

a El menor valor de corte es el valor de contraste observado mínimo menos 1, mientras que el mayor valor de corte es el valor de contraste observado máximo más 1. Todos los demás valores de corte son la media de dos valores de contraste observados ordenados y consecutivos.

A modo de resumen podemos concluir que los puntos de corte asignados a cada subescala fueron; 1 para la subescala de reexperimentación, 3 para la de evitación y embotamiento afectivo, 2 para la de hiperactivación, 3 para la subescala de síntomas clínicos subjetivos, y 2 para la de funcionamiento.

Los puntos de corte asignados para la puntuación global de la EGEP (17 ítems) y para la puntuación global de la EGEP (26 ítems), ambas referidas a intensidad, fueron de 24 y 30 respectivamente.

Es importante desatacar que los puntos de corte asignados en la EGEP para las subescalas de reexperimentación (1), evitación y embotamiento afectivo (3) e hiperactivación (2), coinciden con los que indica la clasificación DSM para cada subescala.

Además, los valores del área bajo la curva, que pueden ser un adecuado indicador sobre la exactitud de la subescala en la medida que se aproximan a 1, fueron bastante elevados, especialmente en la Curva COR correspondiente a la subescala de reexperimentación (.964), ya que las Curvas COR obtenidas tanto en la subescala de funcionamiento (.926), como de evitación y embotamiento afectivo (.904) e hiperactivación (.848) han sido ligeramente más bajas. Y la subescala de síntomas clínicos subjetivos, y las puntuaciones totales de la EGEP (17 y 26 ítems) estuvieron en torno a .800.

6.2.3.4.2 Análisis de Bayes.

A partir del análisis de Bayes, es decir del estudio de la distribución de los “casos” y “no casos” según la EGEP en la población estudiada y de su relación con los resultados obtenidos en la prueba de Oro (CIDI), se obtuvieron diferentes parámetros de validez predictiva (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, eficiencia, cociente de error e índice de Youden) que se presentan a continuación. Además se calculó el índice Kappa.

Para calcular la *sensibilidad y especificidad* de la prueba se emplearon las siguientes ecuaciones:

$$\text{Sensibilidad} = a / a + c$$

Donde:

a: número de casos probables detectados por la EGEP que, efectivamente, son diagnosticados como casos en la entrevista diagnóstica (CIDI).

c: número de controles probables detectados por la EGEP que, sin embargo, son diagnosticados como casos en la entrevista diagnóstica (CIDI).

$$\text{Especificidad} = d / b + d$$

Donde:

b: número de casos probables detectados por la EGEP que, sin embargo, no son diagnosticados como casos en la entrevista.

d: número de controles probables detectados por la EGEP que, efectivamente, no son diagnosticados como casos en la entrevista.

Para calcular el *valor predictivo positivo y el valor negativo* de la prueba se emplearon las siguientes ecuaciones:

$$\text{Valor predictivo positivo} = a / a + b$$

Donde:

a: número de casos probables detectados por la EGEP que, efectivamente, son diagnosticados como casos en la entrevista diagnóstica (CIDI).

b: número de casos probables detectados por la EGEP que, sin embargo, no son diagnosticados como casos en la entrevista.

Valor predictivo negativo = $d / c + b$

Donde:

b: número de casos probables detectados por la EGEP que, sin embargo, no son diagnosticados como casos en la entrevista.

c: número de controles probables detectados por la EGEP que, sin embargo, son diagnosticados como casos en la entrevista diagnóstica (CIDI).

d: número de controles probables detectados por la EGEP que, efectivamente, no son diagnosticados como casos en la entrevista.

Para calcular la *eficiencia* de la prueba se empleó la siguiente ecuación:

Eficiencia de la prueba = $a + d / N$

Donde:

a: número de casos probables detectados por la EGEP que, efectivamente, son diagnosticados como casos en la entrevista diagnóstica (CIDI).

d: número de controles probables detectados por la EGEP que, efectivamente, no son diagnosticados como casos en la entrevista.

N: número de personas que han participado en el estudio cumplimentando los instrumentos autoaplicados (EGEP) y heteroaplicados (CIDI) necesarios para el análisis de Bayes.

Para calcular el *coeficiente de error* de la prueba se empleó la siguiente ecuación:

Cociente de error = $b + c / a$

Donde:

a: número de casos probables detectados por la EGEP que, efectivamente, son diagnosticados como casos en la entrevista diagnóstica (CIDI).

b: número de casos probables detectados por la EGEP que, sin embargo, no son diagnosticados como casos en la entrevista.

c: número de controles probables detectados por la EGEP que, sin embargo, son diagnosticados como casos en la entrevista diagnóstica (CIDI).

Por último, se calculó en *índice de Youden* a partir de esta fórmula:

$$\text{Índice de Youden} = x + y - 1$$

Donde:

x: corresponde con el valor de sensibilidad obtenido en la prueba.

Y: corresponde con el valor de especificidad obtenido en la prueba.

El análisis de Bayés se realizó para el estudio de los criterios B, C y D, de los criterios B, C, D y SCS, de los criterios B, C, D, F y SCS, de la puntuación total (17 ítems) en intensidad para el punto de corte 24 y de la puntuación total (26 ítems) en intensidad para el punto de corte 30, en comparación tanto con los criterios B, C y D del CIDI como con estos pero incluyendo también el F (Funcionamiento), con el fin de estudiar si modificaban los parámetros de sensibilidad y especificidad. Los puntos de corte utilizados en este análisis (24 y 30) se obtuvieron mediante la realización de la curva COR para estos supuestos.

Tal y como se refleja en los datos presentados en la Tablas de la 6.31 a 6.40, se obtuvieron valores de sensibilidad y especificidad bastante adecuados, ya que los valores se situaron entre 82,17% y 91% para sensibilidad y entre 67,34% y 100% para especificidad.

Es importante destacar que la inclusión del criterio F (Funcionamiento) en los análisis entre los criterios B, C, D y F de la EGEP y los criterios B, C, D y F de la CIDI mejoró ligeramente los valores encontrados en sensibilidad y especificidad respecto a cuando el análisis se realizó sin la inclusión de este criterio, es decir entre los criterios B, C y D de la EGEP y los criterios B, C y D de la CIDI.

El análisis resultante de los valores encontrados entre las puntuaciones totales de la EGEP (17 ítems) con los criterios B, C y D de la CIDI y entre las puntuaciones totales de la EGEP (26 ítems) con los criterios B, C y D de la CIDI fueron iguales. También se dio esta misma situación cuando se realizó el análisis de Bayes entre las puntuaciones totales de la EGEP (17 ítems) con los criterios B, C, D y F de la CIDI y entre las puntuaciones totales de la EGEP (26 ítems) con los criterios B, C, D y F de la CIDI. Por lo que podemos afirmar que la validez predictiva de la prueba es igual para la puntuación total de la EGEP (17 ítems) que para la puntuación total de la EGEP (26 ítems).

Como puede observarse en las Tablas 6.33, 6.34, 6.35, 6.36, 6.39 y 6.40, los análisis que se incluyeron los síntomas clínicos subjetivos aumentó considerablemente la eficacia de la prueba llegando a obtener valores del 100% y manteniendo en todos los casos valores de sensibilidad superiores a 85%. Además los análisis que contaron con los síntomas clínicos subjetivos obtuvieron los valores de cocientes de error más bajos, en torno al 15%, los valores en el índice de Youden más elevados, puesto que estaban muy próximos a 1 (0,85) y los valores de eficiencia diagnóstica (90%) e índices Kappa (en torno a .800) también más elevados.

Los análisis realizados con las puntuaciones globales (17 y 26 ítems) presentan notablemente peores resultados en todos los parámetros de validez predictiva estudiados e incluso en el índice kappa. Este hecho es posible que esté relacionado con los rangos tan amplios que tienen estas variables continuas (puntuación global 17 ítems y puntuación global 26 ítems).

Tabla 6.31. Valores de sensibilidad y especificidad de los criterios B, C y D con los criterios B, C y D CIDI (n=144).

	Criterios B,C y D CIDI		Total
	Sí cumplimiento criterios	No cumplimiento criterios	
Criterios B,C y D EGEP			
Sí cumplimiento de criterios	91	11	102
No cumplimiento de criterios	32	10	42
Total	123	21	144

A partir de esta tabla de contingencia se obtuvieron los siguientes valores sobre la validez diagnóstica de los criterios B, C y D:

Sensibilidad = 90,09 %

Especificidad = 74,41 %

Valor predictivo positivo = 0,90

Valor predictivo negativo = 0,76

Eficiencia = 85,41 %

Cociente de error = 23,07 %

Índice de Youden = 0,65

Índice Kappa = 0,650 (p<.001)

Tabla 6.32. Valores de sensibilidad y especificidad de los criterios B, C, D y F con los criterios B,C ,D y F CIDI (n=144).

	Criterios B,C,D y F CIDI		Total
	Sí cumplimiento criterios	No cumplimiento criterios	
Criterios B,C,D y F EGEP			
Sí cumplimiento de criterios	91	11	102
No cumplimiento de criterios	9	33	42
Total	100	44	144

A partir de esta tabla de contingencia se obtuvieron los siguientes valores sobre la validez diagnóstica de los criterios B, C, D y F:

Sensibilidad = 91,00 %

Especificidad = 75,00 %

Valor predictivo positivo = 0,89

Valor predictivo negativo = 0,78

Eficiencia = 86,11 %

Cociente de error = 21,97 %

Índice de Youden = 0,66

Índice Kappa = 0,669 (p<.001)

Tabla 6.33. Valores de sensibilidad y especificidad de los criterios B, C, D y SCS con los criterios B, C y D CIDI (n=144).

	Criterios B,C y D CIDI		Total
	Sí cumplimiento criterios	No cumplimiento criterios	
Criterios B,C,D y SCS EGEP			
Sí cumplimiento de criterios	88	0	88
No cumplimiento de criterios	13	43	56
Total	101	43	144

A partir de esta tabla de contingencia se obtuvieron los siguientes valores sobre la validez diagnóstica de los criterios B, C, D y SCS:

Sensibilidad = 87,12 %

Especificidad = 100 %

Valor predictivo positivo = 1

Valor predictivo negativo = 0,76

Eficiencia = 90,97 %

Cociente de error = 14,70 %

Índice de Youden = 0,87

Índice Kappa = 0,802 (p<.001)

Tabla 6.34. Valores de sensibilidad y especificidad de los criterios B, C, D y SCS con los criterios B, C, D y F CIDI (n=144).

	Criterios B,C, D y F CIDI		Total
	Sí cumplimiento criterios	No cumplimiento criterios	
Criterios B,C,D y SCS EGEP			
Sí cumplimiento de criterios	87	1	88
No cumplimiento de criterios	13	43	56
Total	100	44	144

A partir de esta tabla de contingencia se obtuvieron los siguientes valores sobre la validez diagnóstica de los criterios B,C, D y SCS:

Sensibilidad = 87,00 %

Especificidad = 97,92 %

Valor predictivo positivo = 0,98

Valor predictivo negativo = 0,76

Eficiencia = 90,27 %

Cociente de error = 16,09 %

Índice de Youden = 0,84

Índice Kappa = 0,787 (p<.001)

Tabla 6.35. Valores de sensibilidad y especificidad de los criterios B,C, D, F y SCS con los criterios B, C y D CIDI (n=144).

	Criterios B,C y D CIDI		Total
	Sí cumplimiento criterios	No cumplimiento criterios	
Criterios B,C,D, F y SCS EGEP			
Sí cumplimiento de criterios	87	0	87
No cumplimiento de criterios	14	43	57
Total	101	43	144

A partir de esta tabla de contingencia se obtuvieron los siguientes valores sobre la validez diagnóstica de los criterios B, C, D, F y SCS:

Sensibilidad = 86,13 %

Especificidad = 100 %

Valor predictivo positivo = 0,66

Valor predictivo negativo = 0,75

Eficiencia = 90,27 %

Cociente de error = 16,09 %

Índice de Youden = 0,86

Índice Kappa = 0,788 (p<.001)

Tabla 6.36. Valores de sensibilidad y especificidad de los criterios B, C, D, F y SCS con los criterios B, C, D y F CIDI (n=144).

	Criterios B,C,D y F CIDI		Total
	Sí cumplimiento criterios	No cumplimiento criterios	
Criterios B,C,D, F y SCS EGEP			
Sí cumplimiento de criterios	87	0	87
No cumplimiento de criterios	13	44	57
Total	100	44	144

A partir de esta tabla de contingencia se obtuvieron los siguientes valores sobre la validez diagnóstica de los criterios B, C, D, F y SCS:

Sensibilidad = 87,00 %

Especificidad = 100 %

Valor predictivo positivo = 0,66

Valor predictivo negativo = 0,77

Eficiencia = 90,97 %

Cociente de error = 14,94 %

Índice de Youden = 0,87

Índice Kappa = 0,804 (p<.001)

Tabla 6.37. Valores de sensibilidad y especificidad de la puntuación total en intensidad de la EGEP (17ítems) para el punto de corte 24 con los criterios B, C y D CIDI (n=144).

	Criterios B, C y D CIDI		Total
	Sí cumplimiento criterios	No cumplimiento criterios	
≥24puntuación en intensidad en 17 síntomas EGEP			
Sí	83	13	96
No	18	30	48
Total	101	43	144

A partir de esta tabla de contingencia se obtuvieron los siguientes valores sobre la validez diagnóstica de la puntuación total de la EGEP (17 ítems) para el punto de corte 24:

Sensibilidad = 82,17 %

Especificidad = 69,76 %

Valor predictivo positivo = 0,86

Valor predictivo negativo = 0,62

Eficiencia = 78,47 %

Cociente de error = 37,34 %

Índice de Youden = 0,51

Índice Kappa = 0,503 ($p < .001$)

Tabla 6.38. Valores de sensibilidad y especificidad de la puntuación total en intensidad de la EGEP (17ítems) para el punto de corte 24 con los criterios B, C, D y F CIDI (n=144).

	Criterios B, C, D y F CIDI		Total
	Sí cumplimiento criterios	No cumplimiento criterios	
≥24puntuación en intensidad en 17 síntomas EGEP			
Sí	83	13	96
No	17	31	48
Total	101	43	144

A partir de esta tabla de contingencia se obtuvieron los siguientes valores sobre la validez diagnóstica de la puntuación total de la EGEP (17 ítems) para el punto de corte 24:

Sensibilidad = 83,00 %

Especificidad = 70,45 %

Valor predictivo positivo = 0,86

Valor predictivo negativo = 0,64

Eficiencia = 79,16 %

Cociente de error = 36,14 %

Índice de Youden = 0,53

Índice Kappa = 0,521 (p<.001)

Tabla 6.39. Valores de sensibilidad y especificidad de la puntuación total en intensidad de la EGEP (26 ítems) para el punto de corte 30 con los criterios B, C y D CIDI (n=144).

	Criterios B, C y D CIDI		Total
	Sí cumplimiento criterios	No cumplimiento criterios	
≥30puntuación en intensidad en 26 síntomas EGEP			
Sí	83	13	96
No	18	30	48
Total	101	43	144

A partir de esta tabla de contingencia se obtuvieron los siguientes valores sobre la validez diagnóstica de la puntuación total de la EGEP (26 ítems) para el punto de corte 30:

Sensibilidad = 82,17 %

Especificidad = 69,76 %

Valor predictivo positivo = 0,86

Valor predictivo negativo = 0,62

Eficiencia = 78,47 %

Cociente de error = 37,34 %

Índice de Youden = 0,51

Índice Kappa = 0,503 (p<.001)

Tabla 6.40. Valores de sensibilidad y especificidad de la puntuación total en intensidad de la EGEP (26 ítems) para el punto de corte 30 con los criterios B, C, D y FCIDI (n=144).

	Criterios B, C, D y F CIDI		Total
	Sí cumplimiento criterios	No cumplimiento criterios	
≥30 puntuación en intensidad en 26 síntomas EGEP			
Sí	83	13	96
No	17	31	48
Total	101	43	144

A partir de esta tabla de contingencia se obtuvieron los siguientes valores sobre la validez diagnóstica de la puntuación total de la EGEP (26 ítems) para el punto de corte 30:

Sensibilidad = 83,00 %

Especificidad = 70,45 %

Valor predictivo positivo = 0,86

Valor predictivo negativo = 0,64

Eficiencia = 79,16 %

Cociente de error = 36,14 %

Índice de Youden = 0,53

Índice Kappa = 0,521 (p<.001)

De forma resumida se presentan a continuación los valores de sensibilidad y especificidad obtenidos en los diferentes análisis realizados, véase Tabla 6.41.

Tal y como se comentó en el apartado dedicado a las curvas COR, los mejores valores, en lo que a validez predictiva se refiere, que tendrían que obtenerse para la EGEP supondrían valores de sensibilidad lo suficientemente altos como para asegurarnos que la gran mayoría de personas con TEPT fuesen diagnosticadas por la EGEP con valores de especificidad adecuados para que el instrumento no sobre diagnostique casos.

Por lo que teniendo en cuenta esta premisa de maximizar ambos valores (sensibilidad y especificidad), se consideró que el análisis de Bayes realizado para el cumplimiento de los criterios B, C, D y F, véase Tabla 6.41, era el que mejor se ajustaba. Ya que los valores obtenidos en sensibilidad (91,00%), especificidad (75,00%), eficiencia (86%), cociente de error (21%), índice de Youden (0,66) e índice Kappa (0,669) fueron adecuados para el objetivo pretendido por la EGEP.

Tabla 6.41. Resumen de los valores de sensibilidad y especificidad encontrados en los diferentes análisis de Bayes realizados (n=144).

	Sensibilidad	Especificidad
Cumplimiento de los criterios B,C y D	90,09%	74,41%
Cumplimiento de los criterios B,C, D y F	91,00%	75,00%
Cumplimiento de los criterios B,C, D y SCS	87,12%	100%
Cumplimiento de los criterios B,C,D y SCS (Con Funcionamiento)	87,00%	97,92%
Cumplimiento de los criterios B,C,D, F y SCS	86,13%	100%
Cumplimiento de los criterios B,C,D, F y SCS (Con Funcionamiento)	87,00%	100%
Puntuación global EGEP (17 ítems). Punto corte 24	82,17%	69,76%
Puntuación global EGEP (17 ítems). Punto corte 24 (Con funcionamiento)	83,00%	70,45%
Puntuación global EGEP (26 ítems). Punto corte 30	82,17%	69,76%
Puntuación global EGEP (26 ítems). Punto corte 30 (Con Funcionamiento)	83,00%	70,45%

6.2.3.5. Validez clínica.

Por último, el estudio de la validez de la EGEP, supuso el análisis de la validez clínica de la prueba, es decir, el grado con el cual ésta diferencia a las personas con y sin trastorno.

Para ello, estudiamos las diferencias de medias de determinadas variables evaluadas mediante la EGEP en relación al cumplimiento (“caso”) o no (“no caso”) de los criterios B, C, D y F de la EGEP. Este criterio se seleccionó, como se ha comentado en el apartado anterior, mediante los resultados obtenidos en el análisis de Bayes.

Con el fin de facilitar la presentación de los resultados, se agruparon las variables en 4 grupos; el primero de ellos agrupa todas las variables relacionadas con la caracterización del acontecimiento traumático, en el segundo grupo se unifica las variables relacionadas con sintomatología postraumática, en el tercer grupo las variables vinculadas al inicio, duración y grado de afectación de la sintomatología en el individuo. Por último se presentan las variables relacionadas con sintomatología asociada.

El estudio de las variables relacionadas con la caracterización del acontecimiento traumático (véase Tabla 6.42) puso de manifiesto que el tipo de acontecimiento, la gravedad del acontecimiento, cuando sucedió el acontecimiento por primera vez y la frecuencia de este no mostraban diferencias significativas entre los clasificados como “caso” o “no caso”. Sin embargo el número de acontecimientos vividos por cada participante sí presentó diferencias significativas entre los clasificados como “caso” o “no caso”. En concreto, las personas que fueron clasificadas como “caso” obtuvieron una media cercana a 7 acontecimientos vividos, mientras que los que se clasificaron como “no caso” no llegaban a 5 acontecimientos vividos.

Tabla 6.42. Análisis de las diferencias en la caracterización del acontecimiento en función del cumplimiento de los criterios B,C,D y F de la EGEP (n=175).

	Contrastes	Significación	Media (DT) - % Caso / No Caso
Caracterización del acontecimiento			
Número de acontecimientos vividos	$F(1,173)= 5,630$	$p<0,05$	6,80 4,70 (4,90) (2,90)
Tipo de acontecimiento	$\chi^2_{10}= 11,530$	n.s	
Gravedad del acontecimiento	$F(1,173)= 3,086$	n.s	
Cuando sucedió por primera vez el acontecimiento	$\chi^2_2= 5,926$	n.s	
Frecuencia del acontecimiento	$\chi^2_1= 2,804$	n.s	
Vivencia emocional durante el acontecimiento			
Miedo	$\chi^2_1= 3,383$	n.s	
Indefensión	$\chi^2_1= ,372$	n.s	
Horror	$\chi^2_1= 16,959$	$p<0,01$	54,90% 15,70%
Implicaciones del acontecimiento			
Lesión grave	$\chi^2_1= 3,488$	n.s	
Lesión grave o muerte de otras personas	$\chi^2_1= ,648$	n.s	
Amenaza para su integridad física	$\chi^2_1= 5,025$	$p<0,05$	44,50 % 16,18%
Amenaza para la integridad física de otras personas	$\chi^2_1= ,010$	n.s	
Amenaza para su vida	$\chi^2_1= 2,681$	n.s	
Amenaza para la vida de otras personas	$\chi^2_1= ,886$	n.s	
Escenas desagradables	$\chi^2_1= 2,249$	n.s	
Amenazas para la dignidad personal, el honor, ...	$\chi^2_1= 1,179$	n.s	

Dentro de la caracterización del acontecimiento traumático también se estudió la vivencia emocional de la persona durante el acontecimiento (miedo, indefensión u horror) y las implicaciones que este supuso. Encontrando que únicamente la vivencia de horror mostró diferencias significativas entre los participantes clasificados como “caso” o “no caso” (véase Tabla 6.42) estando presente en el 55% de los clasificados como “casos” y en el 16% de los clasificados como “no caso”.

Respecto a las implicaciones que supuso el acontecimiento para la persona, parece que sólo la amenaza para la integridad física de la persona mostró diferencias significativas de medias (véase Tabla 6.42) estando presente en el 45% de los clasificados como “casos” y en el 16% de los clasificados como “no caso”.

En el análisis de la sintomatología postraumática (véase Tabla 6.43) se encontró que los participantes mostraban diferencias significativas al nivel $p < 0,01$ en todos los ítems que exploraron la sintomatología referida a reexperimentación, evitación y embotamiento afectivo e hiperactivación, a excepción del ítem 35 referido a las dificultades para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento, que corresponde a la subescala de evitación y embotamiento afectivo, en el que las diferencias no fueron significativas. Todas las diferencias de medias (véase Tabla 6.43) pusieron de manifiesto que los sujetos clasificados como “casos” presentaban medias superiores, en todos los ítems, que aquellos que fueron “no casos”.

Los síntomas clínicos subjetivos también mostraron diferencias significativas (véase Tabla 6.43) al nivel $p < 0,01$ en los ítems referidos al sentimiento de desconfianza, valoración de uno mismo y sentimientos de extrañeza y al nivel $p < 0,05$ en los ítems referidos al sentimiento de culpa y responsabilidad. Las medias obtenidas por los sujetos clasificados como “casos” fueron superiores, en todos los ítems, respecto a aquellos que fueron “no casos”.

Los ítems vinculados con sintomatología disociativa (despersonalización y desrealización) no mostraron diferencias significativas.

Tabla 6.43. Análisis de las diferencias en la sintomatología postraumática en función del cumplimiento de los criterios B, C, D y F de la EGEF (“caso” o “no caso”) (n=175).

	Contrastes	Signif.	Media (DT) Caso /No Caso
Reexperimentación			
28 Tiene recuerdos desagradables y repetitivos del acontecimiento (imágenes o pensamientos)	F(1,173)= 34,140	p<0,01	2,92 1,74 (1,09) (1,39)
29 Tiene sueños desagradables y repetitivos del acontecimiento	F(1,173)= 19,175	p<0,01	1,95 0,84 (1,58) (1,33)
30 Hay momentos en los que actúa o siente como si estuviera viviendo de nuevo el acontecimiento	F(1,173)= 33,414	p<0,01	2,20 0,86 (1,42) (1,27)
31 Siente malestar (nerviosismo, inquietud,...) cuando algo le recuerda el acontecimiento	F(1,173)= 54,662	p<0,01	2,99 1,62 (1,03) (1,27)
32 Los recuerdos del acontecimiento hacen que tiemble, sude, se le acelere el corazón,....	F(1,173)= 62,075	p<0,01	2,62 0,62 (1,26) (1,36)
Evitación y embotamiento afectivo			
33 Intenta evitar o ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionados con el acontecimiento	F(1,173)= 34,826	p<0,01	2,02 0,62 (1,51) (1,12)
34 Intenta evitar actividades, lugares o personas que le recuerden el acontecimiento	F(1,173)= 52,652	p<0,01	2,08 0,40 (1,53) (0,90)
35 Tiene dificultades para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento	F(1,173)= 1,791	n.s	
36 Ha disminuido su interés o el placer en cosas con las que solía disfrutar	F(1,173)= 88,885	p<0,01	2,56 0,52 (1,36) (1,09)
37 Tiene sensación de distancia o alejamiento de los demás (como si no encajase)	F(1,173)= 35,201	p<0,01	2,03 0,58 (1,54) (1,23)
38 Tiene dificultades para experimentar ciertas emociones (como amor, felicidad, ternura, deseo sexual,...)	F(1,173)= 66,537	p<0,01	2,18 0,42 (1,37) (1,07)
39 Siente que no va a cumplir ciertas metas en el futuro (no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia,...)	F(1,173)= 55,907	p<0,01	1,86 0,14 (1,56) (0,63)
Hiperactivación			
40 Tiene dificultades para dormirse o mantener el sueño	F(1,173)= 24,486	p<0,01	2,25 1,06 (1,49) (1,28)
41 Se siente irritable o tiene ataques de ira	F(1,173)= 20,529	p<0,01	2,01 0,90 (1,53) (1,24)
42 Tiene dificultades para concentrarse	F(1,173)= 29,174	p<0,01	2,30 1,04 (1,44) (1,26)
43 Está en constante estado de alerta o vigilancia (se mantiene siempre en guardia)	F(1,173)= 68,557	p<0,01	2,40 0,60 (1,3) (1,01)
44 Se sobresalta o asusta fácilmente	F(1,173)= 39,155	p<0,01	2,24 0,82 (1,43) (1,11)
Síntomas clínicos subjetivos			
45 Se ha sentido culpable por algo que hizo o dejó de hacer durante el acontecimiento	F(1,173)= 6,235	p<0,05	1,81 1,16 (1,63) (1,33)
46 Se ha sentido culpable por haber sobrevivido al acontecimiento	F(1,173)= 5,839	p<0,05	0,85 0,32 (1,40) (0,99)
47 Se ha sentido responsable de ese acontecimiento	F(1,173)= 3,992	p<0,05	0,95 0,50 (1,48) (0,95)
48 Siente que no puede confiar en los demás	F(1,173)= 15,704	p<0,01	1,44 0,58 (1,40) (0,97)
49 Siente que el mundo es un lugar peligroso	F(1,173)= 28,725	p<0,01	2,05 1,76 (1,55) (1,08)
50 Hay momentos en que se siente fuera de contacto con lo que está sucediendo a su alrededor (como en una nube o sueño)	F(1,173)= 13,096	p<0,01	1,68 0,86 (1,45) (1,06)
51 Hay momentos en que siente que las cosas que pasan a su alrededor son irreales o muy extrañas	F(1,173)= 9,656	n.s	
52 Hay momentos en los que se siente como si estuviera fuera de su cuerpo, como si se viera desde fuera	F(1,173)= 3,159	n.s	
53 Siente que su valoración de sí mismo ha empeorado	F(1,173)= 34,930	p<0,01	1,93 0,54 (1,52) (1,03)

El inicio de la sintomatología postraumática y la duración de esta, no arrojaron datos de diferencias significativas (véase Tabla 6.44). Sin embargo los participantes mostraron diferencias significativas al nivel $p<0,01$ en todas las variables relacionadas con la afectación de su funcionamiento (consultas profesionales, prescripciones de medicación, repercusiones en el ámbito laboral, académico, social, familiar y de pareja) a excepción del consumo de alcohol o drogas que no mostró diferencias significativas entre los participantes clasificados como “caso” o “no caso”. Las variables que presentaban diferencias significativas suponían que más del 50% de los participantes clasificados como “casos” manifestaron presentar dificultades en cada una de las áreas de funcionamiento evaluadas, mientras que sólo el 20%, aproximadamente, de los clasificados como “no casos” manifestó dificultades en cada área de funcionamiento. Las áreas de funcionamiento relacionadas con consultas a médicos o profesionales y afectación en la vida laboral o académica, estuvieron presentes en más del 60% de los participantes clasificados como “caso”.

Tabla 6.44. Análisis de las diferencias en el inicio y duración de la sintomatología postraumática y afectación de las áreas de funcionamiento en función del cumplimiento de los criterios B, C, D y F de la EGEP (n=175).

	Contrastes	Significación	% “Caso”/“No Caso”
Inicio de la sintomatología	$\chi^2_{2=2,465}$	n.s	
Duración de la sintomatología	$\chi^2_{2=1,031}$	n.s	
Áreas de funcionamiento			
Consultas a médicos u otros profesionales	$\chi^2_{2=13,444}$	$p<0,01$	62,80% 24,00%
Prescripción de medicación	$\chi^2_{1=13,043}$	$p<0,01$	50,80% 16,50%
Consumo de alcohol o drogas	$\chi^2_{1=,452}$	n.s	
Vida laboral o académica	$\chi^2_{1=28,707}$	$p<0,01$	60,00% 16,00%
Relaciones sociales	$\chi^2_{1=24,392}$	$p<0,01$	55,81% 17,44%
Relaciones familiares o de pareja	$\chi^2_{1=20,543}$	$p<0,01$	54,28% 17,14%
Algún otro aspecto importante de la vida	$\chi^2_{1=23,863}$	$p<0,01$	54,85% 17,71%

También la sintomatología asociada que presentaban los participantes (depresión, ansiedad, autoestima y sintomatología psicopatológica) arrojó diferencias de medias (véase Tabla 6.45) entre los grupos que cumplen o no los criterios diagnósticos B,C, D y F de la EGEP (“caso” o “no caso”). A excepción, tal y como ocurría en las áreas de funcionamiento, del consumo de alcohol en el que no se obtienen diferencias significativas.

Estos resultados se pudieron obtener, en el caso de la sintomatología depresiva, ansiosa y niveles de autoestima, mediante el análisis de dos estadísticos, F y χ^2 , porque se contaba con la puntuación obtenida por el participante en los cuestionarios pertinentes que evalúan estas variables, *BDI II*, *BAI* y *Cuestionario de autoestima de Rosemberg*, y con los puntos de corte para determinar posible depresión, ansiedad y niveles de autoestima bajos (Hamilton y Shapiro, 1990, Ward, 1977).

Tabla 6.45. Análisis de las diferencias de la sintomatología asociada en función del cumplimiento de los criterios B,C,D y F de la EGEP (n=175).

	Contrastes	Significación	Medias (DT)) -% “Caso” / “No Caso”
Sintomatología asociada			
Depresión	F(1,173)= 48,876	p<0,01	28,92 14,36 (12,04) (12,54)
Depresión (punto de corte ≥ 20)	χ^2 1= 39,235	p<0,01	54,85% 21,14%
Ansiedad	F(1,172)= 23,504	p<0,01	28,83 17,32 (14,52) (13,25)
Ansiedad (punto de corte ≥ 20)	χ^2 1= 29,047	p<0,01	50,02% 19,54%
Autoestima	F(1,173)= 27,564	p<0,01	26,04 30,46 (5,30) (3,90)
Autoestima (punto de corte ≥ 29)	χ^2 1= 23,897	p<0,01	52,00% 18,28%
Alcoholismo	F(1,173)= ,212	n.s	
Sintomatología psicopatológica	F(1,173)= 52,685	p<0,01	1,77 0,82 (0,80) (0,62)

De forma más específica (véase Tabla 6.45) se recogen las medias obtenidas en cada variable estudiada de sintomatología asociada, que ponen de manifiesto que los participantes clasificados por la EGEP como “casos” mostraban valores más elevados en las medias de las variables depresión, ansiedad y sintomatología psicopatológica. A si mismo la media de niveles de autoestima encontrada en estos participantes fue significativamente más baja que los sujetos que fueron clasificados como “no caso”.

Además, el 55% de los participantes clasificados como “caso” superaron el punto de corte para valorar posible depresión, mientras que solamente el 21% de los participantes clasificados como “no caso” superaron este punto de corte. En el mismo sentido fueron los resultados encontrados en el cumplimiento del punto de corte para valorar problemas de ansiedad, ya que el 50% de los participantes clasificados como “caso” superaron el punto de corte para posible problema de ansiedad, mientras que solamente el 20% de los participantes clasificados como “no caso” superaron este punto de corte.

También se encontraron resultados similares tras analizar el punto de corte para presentar niveles bajos de autoestima, así el 52% de los clasificados como “caso” presentaron niveles de autoestima por debajo del punto de corte establecido (nivel bajo de autoestima), mientras que tan sólo el 18% de los “no casos” estuvo por debajo del punto de corte establecido.

La variable sintomatología psicopatológica evaluada mediante el *BSI* está compuesta por diversas subescalas que también se analizaron para conocer las posibles diferencias en cada una de ellas en función de si los participantes fueron clasificados como “casos” o como “no casos”. En la Tabla 6.46 se presentan estos resultados que muestran que existieron diferencias significativas, en todas ellas, entre los participantes clasificados como “casos” y no “casos”. Siendo las medias más elevadas las obtenidas en las subescalas de obsesión-compulsión y ansiedad, y las más bajas las obtenidas en las subescalas de somatización y psicoticismo.

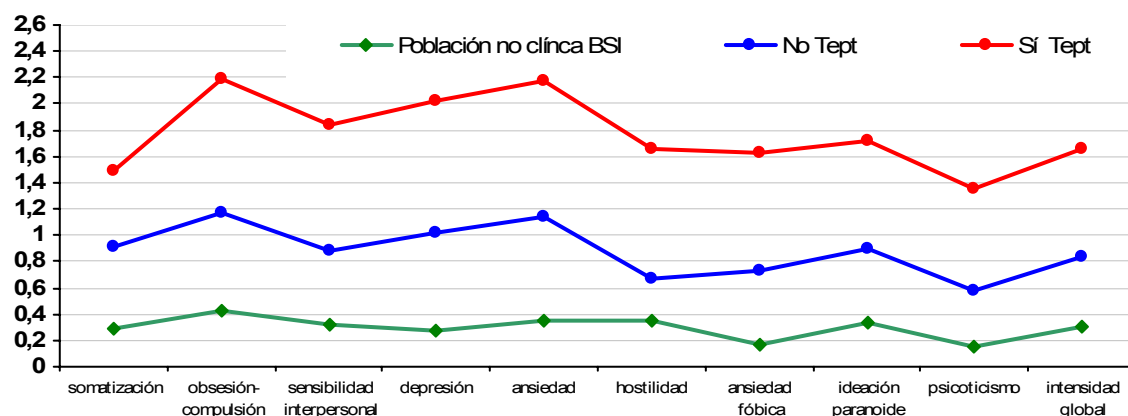
Tabla 6.46. Análisis de las diferencias de la sintomatología psicopatológica en función del cumplimiento de los criterios B,C,D y F de la EGEP (n=175).

	Contrastes	Signif.	Medias (DT) -%	
			"Caso"	"No Caso"
Somatización	F(1,172)= 13,128	p<0,01	1,48 (1,07)	0,86 (0,83)
Obsesión-compulsión	F(1,172)= 40,003	p<0,01	2,18 (1,11)	1,06 (0,90)
Sensibilidad interpersonal	F(1,172)= 36,287	p<0,01	1,87 (1,07)	0,78 (0,92)
Depresión	F(1,172)= 46,921	p<0,01	2,02 (1,04)	0,88 (0,66)
Ansiedad	F(1,172)= 40,215	p<0,01	2,14 (1,03)	1,08 (0,87)
Hostilidad	F(1,172)= 42,205	p<0,01	1,63 (1,04)	0,60 (0,68)
Ansiedad fóbica	F(1,172)= 28,497	p<0,01	1,60 (1,10)	0,69 (0,76)
Ideación paranoide	F(1,172)= 28,643	p<0,01	1,69 (0,99)	0,84 (0,85)
Psicoticismo	F(1,172)= 31,557	p<0,01	1,33 (0,93)	0,51 (0,67)

Estos resultados fueron comparados (véase Figura 6.18) con los resultados que ofrece el *BSI* para población no clínica. Encontrando como resultado una gráfica que parecía seguir el mismo patrón pero con diferente intensidad en función de la población de estudio, en el que las puntuaciones más altas corresponden con las subescalas de obsesión-compulsión y ansiedad. Además los resultados pusieron de manifiesto que tanto los participantes que cumplían criterios diagnósticos para TEPT como los que no los cumplían presentaban puntuaciones más elevadas que la población

normativa estudiada para la validación del *BSI*. Por lo tanto, los participantes que no fueron clasificados como casos presentaron puntuaciones medias más altas en sintomatología psicopatológica que la población normativa.

Figura 6.18. Intensidad de la sintomatología psicopatológica evaluada mediante el *BSI* en población no clínica evaluada mediante el *BSI* (n=344) y en casos con y sin TEPT evaluados mediante la EGEP (n= 175).



6.3. Contraste de hipótesis.

Hipótesis 1.

Si la prueba desarrollada es un buen instrumento diagnóstico y exploratorio de la gravedad de los síntomas del trastorno, así como de factores relacionados, entonces:

H_{1a}: Identificará correctamente a los sujetos con TEPT independientemente del acontecimiento traumático vivido.

Se confirma:

Las diferencias de medias realizadas pusieron de manifiesto que no había diferencias significativas entre el tipo de acontecimiento señalado por el participante y la presencia de los criterios B, C, D y F de la EGEP.

H_{1b}: Evaluará como casos todos aquellos en los que haya una presencia de sintomatología postraumática y síntomas clínicos subjetivos.

Se confirma parcialmente:

Las diferencias de medias realizadas pusieron de manifiesto que la presencia de sintomatología postraumática correlacionaba al nivel de significación $p < .01$ con el cumplimiento de los criterios B, C, D y F de la EGEP. A excepción del ítem 35 que no obtuvo significación.

Las diferencias de medias obtenidas en relación a los síntomas clínicos subjetivos pusieron de manifiesto que 7 síntomas clínicos subjetivos mostraban diferencias significativas (los relativos a sentimientos de desconfianza, valoración de uno mismo, sentimientos de culpa y responsabilidad) al nivel $p < .01$ o $p < .05$ y que 2 síntomas (referidos a sintomatología disociativa) no presentabas diferencias.

Hipótesis 2.

Si la prueba desarrollada ofrece garantías de fiabilidad y por lo tanto el instrumento mide correctamente lo que pretende medir, entonces:

H_{2a}: En el análisis de la consistencia interna de la escala y de las subescalas que componen la prueba se obtendrá una puntuación de la escala y de las subescalas superior a 0.70, según indicaciones de Robinson et al. (1991).

Se confirma parcialmente:

Las puntuaciones obtenidas mediante el análisis de intensidad fueron en todos los casos superiores a .70.

Las puntuaciones obtenidas mediante el análisis de presencia-ausencia fueron superiores a .70 excepto en las subescalas de hiperactivación y funcionamiento.

H_{2a}: En el análisis de la consistencia interna de los ítems se encontrarán valores en las correlaciones del ítem con el total superiores a 0,35 (Cohen y Manion, 1990).

Se confirma:

Las puntuaciones obtenidas en las correlaciones del ítem con la subescala a la que pertenece, del ítem con la puntuación total 17 y del ítem con la puntuación total 26, fueron superiores a 0,35. Aunque en el caso del ítem 35 se tuvo que recurrir a realizar un análisis diferencial para llegar a estos valores.

Hipótesis 3.

Si la prueba desarrollada ofrece garantías de validez y por lo tanto el instrumento mide verdaderamente el concepto que pretende medir (Elosúa, 2003), entonces:

H_{3a}: En el estudio de la validez de contenido se obtendrá que un 100% de los ítems de la prueba cubren los criterios diagnósticos del DSM IV-TR.

Se confirma:

Los ítems de la EGEP cubrieron la totalidad de los criterios diagnósticos DSM IV-TR.

H_{3b}: En el estudio de la validez de constructo se obtendrán grupos homogéneos de variables capaces de explicar las respuestas de los participantes del estudio.

Se confirma:

La estructura factorial de la EGEP quedó determinada por 4 factores: embotamiento e hiperactivación, reexperimentación, evitación de pensamientos y actividades, y dificultad para recordar.

H_{3c}: En el estudio de la validez convergente se obtendrán:

H_{3c1}: Correlaciones significativas al nivel $p < .01$ o $p < .05$ de cada ítem con la subescala a la que pertenece y con las puntuaciones totales de la EGEP.

H_{3c2}: Correlaciones entre cada ítem con la subescala a la que pertenece con valores superiores a las correlaciones establecidas entre el ítem y una subescala a la que no pertenece.

H_{3c3}: Correlaciones significativas al nivel $p < .01$ o $p < .05$ entre cada subescala de la EGEP (reexperimentación, evitación y embotamiento afectivo e hiperactivación y síntomas clínicos subjetivos) y de estas con las puntuaciones

Se confirma:

Las correlaciones de cada ítem con la subescala a la que pertenecen con las puntuaciones totales de la EGEP (17 y 26 ítems) fueron significativas $p < .01$.

Las correlaciones de cada ítem con la subescala a la que pertenece obtuvieron valores superiores a las correlaciones establecidas entre el ítem y las subescalas a la que no pertenecían.

Las correlaciones entre cada subescala y de esta con la EGEP fueron significativas $p < .01$.

H_{3d}: En el estudio de la validez discriminante se obtendrán:

H_{3d1}: Correlaciones significativas al nivel $p < .01$ o $p < .05$ entre cada subescala de la EGEP (reexperimentación, evitación y embotamiento afectivo e hiperactivación y síntomas clínicos subjetivos) y puntuaciones globales de la EGEP con las puntuaciones en depresión, ansiedad, autoestima, alcoholismo y sintomatología psicopatológica.

Se confirma parcialmente:

Las correlaciones entre cada subescala de la EGEP y puntuaciones globales de la EGEP con las puntuaciones en depresión, ansiedad, autoestima, y sintomatología psicopatológica fueron significativas $p < .01$. Sin embargo no se obtuvieron correlaciones significativas con la puntuación en alcoholismo.

H_{3e}: En el estudio de la validez predictiva se obtendrán:

H_{3e1}: Los puntos de corte óptimos, con adecuados valores en sensibilidad y especificidad, para cada subescala de la EGEP y puntuaciones globales de esta.

H_{3e2}: Análisis de Bayes, mediante la comparación entre los resultados obtenidos en la EGEP y una prueba de oro (CIDI), que determinen los siguientes valores:

- Sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos y valores de eficiencia de la escala superiores al 75 % (Sackett y Sharon, 1998).
- Valores en el índice de Youden próximos a 1 (Feinstein, 1985).
- Valores Kappa entre 0,61 y 0,80 que suponen un nivel de acuerdo fuerte (Feinstein, 1985).

Se confirma:

Las Curvas COR determinaron los puntos de corte adecuados para cada subescala de la EGEP y las puntuaciones totales en intensidad para el total de 17 y 26 ítems (reexperimentación:1, evitación y embotamiento afectivo:3, hiperactivación:2, síntomas clínicos subjetivos: 3, funcionamiento: 2, puntuación total en intensidad para 17 ítems: 24 y puntuación total en intensidad para 26 ítems: 30) en función de los valores obtenidos en sensibilidad y especificidad.

El análisis de Bayes para los criterios B,C,D y F arrojó parámetros predictivos en torno a los valores esperados (sensibilidad=91%, especificidad=75%, valor predictivo positivo=0,89, valor predictivo negativo=0,78, eficiencia=86,11%, cociente de error=21,97%, índice de Youden=0,66 y Kappa=0,669).

H_{3f}: En el estudio de la validez clínica se obtendrán:

H_{3f1}: Diferencias significativas, al nivel $p < .01$ o al nivel $p < .05$, entre los participantes clasificados como “casos” y “no casos” en las variables relacionadas con la sintomatología postraumática, el inicio y duración de esta, el grado de afectación en el individuo y la sintomatología asociada.

Se confirma parcialmente:

Las diferencias de medias al nivel $p < .01$ o al nivel $p < .05$ en función de los pacientes clasificados como “casos o no” se encontraron en todas las variables estudiadas (sintomatología postraumática, grado de afectación en diversas áreas de la vida de la persona y sintomatología asociada) salvo en las variables relacionadas con el inicio y duración de la sintomatología.

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Este último capítulo tiene como objetivo presentar las conclusiones que se desprenden de los resultados presentados en el apartado anterior, así como exponer las posibles limitaciones y directrices futuras que se plantean a partir de este trabajo.

Para ello nos detendremos a comentar, en primer lugar, la caracterización de la muestra en lo referente a las características sociodemográficas, la caracterización del acontecimiento traumático, la sintomatología postraumática, la sintomatología asociada y el diagnóstico de TEPT. En un segundo momento se comentarán los resultados relativos a las propiedades psicométricas de la escala. Esto es: análisis de fiabilidad y validez.

Por último, se reflexionará sobre las limitaciones del estudio y posibles directrices futuras a seguir.

7.1 Caracterización de la muestra.

7.1.1 Características sociodemográficas.

El total de participantes de este estudio fue de 175 con una media de 39,21 años y mayoritariamente españoles (92,5%). Siendo el 70% de los participantes mujeres.

El 50% de los participantes refirieron estar casados o conviviendo con su pareja y en torno al 30% solteros. Prácticamente todos ellos tenían estudios, principalmente (36,3%) al nivel de ESO/BUP/COU/FP.

Respecto a la situación laboral es importante destacar que aunque la mayoría de los participantes (32,8%) eran trabajadores a tiempo completo, el 16,6% de los participantes manifestaron estar en situación de baja laboral, lo cuál supone un porcentaje muy elevado respecto a los datos que ofrece el Ministerio de Trabajo e Inmigración (2009) sobre las bajas médicas registradas en la población general durante el año 2009, que cifra en torno al 9%.

Posiblemente este dato sea el primer indicio del estado de salud general que presentaban los participantes del estudio y que de forma detallada comentaremos más adelante.

7.1.2 Características del acontecimiento traumático.

Los participantes en el estudio vivieron una media de 6 acontecimientos traumáticos a lo largo de su vida, dato ligeramente superior al señalado en otros estudios que sitúan la media de acontecimientos entre 1 y 5 (Breslau et al. 1998 y Keessler et al, 1995). Aunque posiblemente esta ligera desviación se puede matizar teniendo en cuenta que de los 6 acontecimientos referidos sólo 3 son vividos en primera persona, 1 es presenciado y de 2 de ellos se tiene conocimiento.

Los acontecimientos que con más frecuencia ha vivido en primera persona la población evaluada, en torno al 50%, son la muerte de una persona o ser querido, los accidentes de medios de transporte y el acoso o maltrato psicológico. Los acontecimientos que con más frecuencia habían presenciado o tenían conocimiento de ellos fueron los accidentes de medios de transporte

Los acontecimientos que con menos frecuencia (por debajo del 10%) los participantes vivieron, presenciaron o tenían conocimiento de haberle sucedido a alguien cercano, fueron la exposición a combate o zona de guerra, el encarcelamiento o cautividad forzosa y los desastres naturales.

La representatividad de estos acontecimientos, en términos de frecuencias, también se han encontrado en otros estudios realizados a nivel Europeo (Creamer et al., 2001; Darles-Bornoz et al., 2000; Perkonigg et al., 2000; Frans et al., 2005). Sin embargo en estudios (Breslau et al., 1995; Boudreax, Kilpatrick, Resnick, Best y Saunders, 1998; Chang, Connor, Lee y Davidson, 2004; Norris, 1992; Kulka et al., 1990; Wang et al., 2009) realizados en otros continentes otros continentes como el Americano o Asiático, la representatividad de acontecimientos traumáticos difiere ligeramente, ya que la exposición a zona de combate o guerra y la vivencia de desastres naturales también se presentan como acontecimientos frecuentes.

Por ello podemos afirmar que los acontecimientos valorados como más y como menos frecuentes por los participantes de este estudio son representativos del contexto en el que nos encontramos.

De todos los acontecimientos, hasta 6, que habían señalado los participantes, aquel que en la actualidad le producía mayor malestar fue en su mayoría (80%) vivido en primera persona y entre los más frecuentes los participantes señalaron: el acoso o maltrato psicológico (cercano al 23%), los accidentes de medios de transporte (20%) y los actos terroristas o de tortura (13%). Los acontecimientos que minoritariamente señalaron los participantes como que generaban malestar en la actualidad fueron: la exposición a combate o zona de guerra (0%), los desastres naturales (0,60%), el encarcelamiento, detención o cautividad forzosa (1,10%) y otros acontecimientos (2%).

Como puede observarse según lo expuesto en el párrafo anterior, los acontecimientos que fueron señalados por los participantes como más frecuentes no corresponden en su totalidad con aquellos que posteriormente fueron señalados como el acontecimiento que generaba mayor malestar. Así la muerte de una persona cercana o ser querido, siendo el acontecimiento más frecuentemente vivido por los participantes sólo fue señalado como el que suponía mayor malestar en la actualidad por un 6,9% de los participantes. También ocurrió que acontecimientos señalados como menos frecuentes, actos terroristas o de tortura, posteriormente fueron seleccionados por los participantes como los acontecimientos que generaban mayor malestar.

Con todo ello, podemos afirmar que parece que la elevada frecuencia de exposición a un acontecimiento traumático no va necesariamente vinculada al malestar que le pueda provocar a la persona. Sino que parece que acontecimientos muy frecuentes, forman parte en cierto modo de nuestra realidad vital (e.g. muerte de una persona cercana o ser querido), mientras que otros con menor frecuencia pueden provocarnos un malestar importante (e.g. actos terroristas o de tortura).

También es importante señalar que en la selección del acontecimiento que generaba mayor malestar en los participantes sólo un 2% de estos tuvieron que señalar la casilla correspondiente a “otros acontecimientos”, por lo que la

gran mayoría de los participantes pudieron encontrar en el listado de acontecimientos diseñado para la EGEP aquel que en la actualidad presentaba mayor malestar. Por lo tanto, parece que el listado de acontecimientos traumáticos elaborado en el diseño inicial de la EGEP recoge gran parte de los posibles acontecimientos que podemos vivir las personas; de hecho los casos consultados en la base de datos que seleccionaron esta categoría hacen referencia a acontecimientos que posiblemente pudieran haberse recogido en los propuestos (e.g. “Quedarme encerrada durante horas en una cámara frigorífica industrial” podría encajarse dentro de “Otro tipo de accidentes”) pero se optó por respetar la selección que el participante había hecho. En cualquier caso esta categoría, “otros acontecimientos”, parece necesaria porque no es posible definirlos todos.

El análisis de las características de los acontecimientos traumáticos señalados por los participantes como aquellos que le generaban mayor malestar así como la vivencia que de estos tuvieron, puso de manifiesto la magnitud con la que estos percibían de la experiencia vivida. Así, el 90% de los participantes refirieron que la vivencia del acontecimiento traumático fue grave o extrema y ninguno de ellos la clasificó como leve. La gran mayoría (81%) vivió, presenció o tuvo conocimiento del acontecimiento hace más de tres meses respecto al momento de la evaluación y más del 50% lo vivió en una única ocasión.

Posiblemente esta percepción de gravedad tan extrema que refirieron los participantes está relacionada con la vivencia emocional que tuvieron durante el acontecimiento, así como las implicaciones que este supuso para ellos, ya que prácticamente la totalidad de ellos vivieron el acontecimiento con indefensión (90%) y más del 65% también con miedo y horror. Suponiendo además graves implicaciones como presenciar escenas desagradables (84,5%), amenazas para la dignidad personal y el honor (58,4%), amenaza para su integridad física (57,2%), amenaza para su vida (51,7%) e incluso lesiones graves (49,1%).

Como puede prever el lector, esta percepción de gravedad del acontecimiento así como las implicaciones que los participantes manifestaron,

supuso en estos un grado de alteración de la salud importante que a continuación comentaremos, centrándonos para ello tanto en la sintomatología postraumática como en la sintomatología asociada.

7.1.3 Sintomatología postraumática.

Los participantes del estudio presentaban sintomatología postraumática tras la vivencia del acontecimiento traumático mayoritariamente referida a reexperimentación. Dentro de este grupo de síntomas el 90% de los participantes presentaron los síntomas referidos a malestar ante los estímulos que recuerdan el acontecimiento y recuerdos desagradables y repetitivos sobre el acontecimiento. Además estos síntomas no sólo eran los que vivían con más frecuencia los participantes, sino que también eran los que vivían con mayor intensidad.

Los participantes refirieron presentar síntomas postraumáticos referidos a hiperactivación con menos frecuencia que la que manifestaron en sintomatología referida a reexperimentación y todavía menos frecuentes fueron los síntomas referidos a evitación y embotamiento afectivo.

Dentro de la sintomatología propia de evitación y embotamiento afectivo el síntoma que parecía presentar una mayor proporción (70%) de los participantes hacía referencia a una disminución del interés o el placer en cosas con las que antes solía disfrutar. También fue este síntoma de evitación y embotamiento afectivo el que parecía generar mayor malestar de todos.

Dentro de la sintomatología propia de hiperactivación, los problemas de concentración se presentaron como el síntoma más frecuente (75%), aunque el síntoma que suponía mayor malestar para los participantes fue los problemas de sueño.

De toda la sintomatología postraumática valorada en los participantes, el síntoma referido a incapacidad para recordar aspectos importantes del acontecimiento, correspondiente a la sintomatología de evitación y embotamiento afectivo, fue el menos frecuente (30%).

También encontramos entre los participantes otra sintomatología postraumática no recogida en la clasificación DSM IV-TR, como sentimientos de culpa o percepción de vivir en un mundo peligroso, que ya fue descrita por Foa et al. (1999), y que en este trabajo se ha denominado, Síntomas Clínicos Subjetivos. Estos han estado presentes en un 96% de los participantes. En concreto, más de la mitad manifestaron culpa por lo que hicieron o dejaron de hacer durante el acontecimiento, desconfianza en los demás, una valoración negativa de sí mismos, sentirse fuera de contacto con lo que está sucediendo y una percepción del mundo como lugar peligroso, siendo valorados todos ellos por los participantes con una intensidad de malestar superior a 2, en un intervalo de 0 a 4.

De esta investigación se desprende, pues, la importancia que otra sintomatología postraumática, no recogida en la clasificación diagnóstica actual, tiene en las personas que han vivido, presenciado o tienen conocimiento de haberle sucedido a alguien cercano un acontecimiento traumático.

La inclusión de estos síntomas clínicos subjetivos en las clasificaciones diagnósticas ha supuesto un debate a lo largo de la historia del TEPT. Así la inclusión del trastorno en 1980 en la clasificación DSM III describía en el criterio D “Sentimientos de culpa por el hecho de sobrevivir cuando otros no pudieron hacerlo, o remordimientos por la conducta llevada a cabo para la supervivencia”, sin embargo este síntoma fue eliminado en ediciones posteriores. Aunque parece que las investigaciones (Cabrera, 2004; Herrero y Garrido, 2002; Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2010) han dejado definitivamente constancia de la importancia de estos síntomas porque en el borrador de la futura clasificación DSM, DSM V, se recogen en el criterio D síntomas referidos a expectativas negativas sobre uno mismo, sobre otros o sobre el futuro, así como culpa persistente e incluso sentimientos de vergüenza.

No obstante, aunque las clasificaciones diagnósticas, no hayan recogido estos síntomas desde 1980, la comunidad científica conocía la importancia de estos y por ello se han llegado incluso a desarrollar y validar

instrumentos de evaluación dirigidos exclusivamente a su valoración clínica, entre los que cabe destacar el *PTCI* (Foa et al., 1999) por la relevancia que a nivel clínico y de investigación ha supuesto.

Por lo expuesto hasta el momento podemos concluir que los participantes de este estudio padecían importantes niveles de sintomatología postraumática que comenzó a estar presente en más de la mitad de ellos desde la vivencia del acontecimiento y con una duración en el 85% superior a 3 meses.

Evidentemente, esta sintomatología postraumática mantenida en el tiempo, provocó diferentes niveles de interferencia en los participantes, teniendo que recurrir a solicitar ayuda profesional en más del 80% de los casos y provocando repercusiones negativas en todas las esferas de la vida del individuo (vida laboral o académica, relaciones laborales y relaciones familiares o de pareja) en más de un 65% de los participantes. Estos porcentajes son similares a los referidos en otros estudios (Kessler, 1995; Jacobsen, Southwick y Kosten, 2001; Seng, Graham-Bermann, Clark, McCarthy y Ronis, 2006; Stewart, Ouimette y Brown, 2002), salvo en el área del consumo de alcohol o drogas que únicamente estuvo presente en los participantes de este estudio en un 14%, y que más adelante nos detendremos a analizar con los resultados obtenidos en la evaluación del alcoholismo que se realizó en el estudio.

7.1.4 Sintomatología asociada.

Como referimos en apartados anteriores, la presencia de sintomatología postraumática viene asociada con frecuencia a otra sintomatología psicopatológica que en esta investigación hemos estudiado y que detallamos a continuación.

Tanto en la sintomatología psicopatológica referida a síntomas depresivos como ansiosos, evaluados mediante el *BSI* y el *BAI* respectivamente, se encontraron niveles de máxima severidad en un 37% de los participantes. También permanecieron con porcentajes similares las graduaciones de severidad (mínima, leve y moderada) en ambas variables,

encontrando que sólo en torno al 20% presentaba niveles normales de ansiedad o depresión.

También, la evaluación de sintomatología psicopatológica, evaluada mediante el *BSI*, puso de manifiesto que la sintomatología ansiosa y depresiva estaba presente en los participantes con los niveles mayores de intensidad, entorno a 3,5 en un rango de 0-4. Así, estas variables junto con la de obsesión-compulsión (3,72 en un rango de 0-4) fueron las subescalas que los participantes refirieron presentar con niveles más elevados de intensidad.

Además, los participantes vieron afectados sus niveles de autoestima, en más de 60% de los casos como se esperaba por los datos recogidos en la literatura.

Sin embargo los participantes no parecían presentar consumo de alcohol, evaluado mediante el *CAGE*. Así, los participantes presentaban resultados muy por debajo (13%) respecto a los porcentajes ofrecidos en algunos estudios, como el realizado por Kessler et al. (1995) que situaba el consumo de alcohol en un 48%. Si bien es cierto que el consumo de alcohol se ha presentado en un gran número de ocasiones vinculado al TEPT, estudios españoles con personas que han vivido diferentes tipos de acontecimientos traumáticos no han encontrado el importante consumo de alcohol referido hasta el momento (Arinero, 2006, Labrador et al., 2010; Medina, 2001; Rincón, 2003; Serrano, Danilo, Ortiz y Bohórquez, 2009), lo cual nos hace pensar que posiblemente en nuestro contexto el consumo de alcohol no está vinculado al TEPT en los porcentajes que en otros países han señalado.

7.1.5 Diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático.

Como el diagnóstico de TEPT se compone de diferentes criterios diagnósticos a continuación se presenta un análisis individualizado de cada uno de estos criterios para posteriormente comentar los resultados sobre el diagnóstico de TEPT propiamente, es decir el cumplimiento de la totalidad de los criterios.

Respecto al criterio A destacar que el análisis realizado puso de manifiesto que lo cumplía la totalidad de los participantes, aunque no todos ellos lo vivieron con miedo, indefensión u horror en la misma proporción. Así, el 90,8% vivió el acontecimiento con indefensión, el 74,4% con miedo y el 66,7% con horror según los datos obtenidos por la EGEP. Esta proporción se mantenía igual en los datos obtenidos en la prueba de oro del presente estudio, CIDI.

En este punto cabe destacar que esta vivencia emocional del acontecimiento (miedo, indefensión u horror) se plantea obviarla en las clasificaciones diagnósticas, como se refleja en el borrador de la siguiente clasificación DSM, DSM V, contemplando exclusivamente en el criterio A “La exposición a muerte o amenazas de muerte o peligro de daño grave, o violación sexual real o amenazada”, en uno mismo o en otros, o la exposición repetida o extrema al acontecimiento (e.g. personal de emergencias). En cualquier caso, es posible que la eliminación de esta parte del criterio A del DSM IV-TR (A2: La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos) no traiga consigo grandes repercusiones sobre la valoración subjetiva, que ha demostrado ser un elemento importante para el posterior desarrollo del TEPT, puesto que en el momento que el borrador del DSM V enuncia en el criterio A “La persona ha estado expuesta a: muerte o amenaza de muerte o peligro de daño grave, o violación sexual real o amenazada” sigue contemplándose la valoración subjetiva de la persona, ya que es el propio individuo el que determina si el acontecimiento supuso o no peligro de daño grave.

El análisis de los criterios B, C y D referidos a la valoración de la sintomatología postraumática puso de manifiesto resultados similares a los que se han presentado anteriormente sobre esta sintomatología. Esto es; el criterio B que agrupa los síntomas de reexperimentación lo presentaban más del 95%, seguido del criterio D que agrupa los síntomas referidos a hiperactivación que presentaban también la gran mayoría de los participantes (92%) y por último con puntuaciones menos elevadas, en torno al 70%, los participantes presentaban el criterio C referido a evitación y embotamiento afectivo. Esta

proporción también fue la que se encontró en la prueba de oro, CIDI.

Igual que anteriormente referíamos que el criterio A del TEPT era escasamente evaluado en los estudios de diagnóstico del TEPT, aunque paradójicamente se trate de un criterio diagnóstico, también encontramos esta situación en los criterios E y F referidos a la duración de los síntomas y a la afectación de diversas áreas de funcionamiento respectivamente. No obstante como se trata de criterios diagnósticos igualmente importantes que los anteriores nos detendremos a comentar que el 90% de los participantes presentaba la sintomatología desde hace más de un mes, por lo tanto la gran mayoría cumplía el criterio E. También la gran parte de los participantes (95%) manifestaron haber visto afectado su funcionamiento a raíz de la sintomatología postraumática que presentaban.

De los 175 participantes del estudio el 68% cumplían los seis criterios diagnósticos necesarios para el diagnóstico de TEPT. Además, ajustándonos a las posibles especificaciones para el diagnóstico de TEPT que la clasificación diagnóstica DSM IV-TR ofrece, se encontró que la gran mayoría de los participantes, más de 85%, presentaban un diagnóstico de TEPT no demorado y crónico, es decir la sintomatología que refirieron apareció en los seis meses posteriores al acontecimiento y estuvo presente durante más de tres meses.

7.2 Análisis de la fiabilidad.

El análisis de la fiabilidad de la escala se realizó, en primer lugar, estableciendo la consistencia interna de cada subescala que compone la EGEP y las escalas totales de la EGEP con 17 y 26 ítems, mediante el coeficiente alfa de Cronbach para variables continuas y la fórmula de Kuder-Richardson para variables dicotómicas. De este modo se pudo establecer el grado en que distintos elementos del test medían la misma variable.

De este análisis se desprendió que los coeficientes resultantes de las variables continuas (referidas a la intensidad del ítems) ofrecían mejores resultados, independientemente de la subescala analizada, que los coeficientes

obtenidos con variables dicotómicas (referidas a la presencia o no del ítem) que fueron aceptables pero inferiores a los obtenidos con las variables continuas.

Salvo la subescala de hiperactivación y la de funcionamiento, que en el análisis de la consistencia interna de presencia o ausencia del ítem no llegaron al valor mínimo aceptable (.70) para valores adecuados de fiabilidad (Prieto y Delgado, 2010), todas las demás subescalas y las escalas totales de la EGEP obtuvieron puntuaciones superiores a .70, obteniendo una de las escalas totales de la EGEP, que contempla los síntomas postraumáticos incluidos en los criterios diagnósticos y los síntomas clínicos subjetivos, el coeficiente de fiabilidad más elevado (.92) y que ha sido clasificado por Robinson et al. (1991) como un valor muy alto de fiabilidad. Por lo que de este resultado se desprende que la incorporación de los síntomas clínicos subjetivos en la EGEP mejora la consistencia interna de la escala, ya que el coeficiente obtenido por la escala total de la EGEP incluyendo sólo los síntomas postraumáticos incluidos en la clasificación diagnóstica vigente en la actualidad fue menor (.90).

Así, podemos afirmar, que la consistencia interna de la EGEP ofrece coeficientes alfa de Cronbach adecuados tanto en la escala total de la EGEP incluyendo sólo los síntomas postraumáticos recogidos en la clasificación diagnóstica (.90), en la escala total de la EGEP incluyendo los síntomas postraumáticos recogidos en la clasificación diagnóstica y los síntomas clínicos subjetivos (.92) como en las subescalas de esta; reexperimentación (.86), evitación y embotamiento afectivo (.77), hiperactivación (.73) y síntomas clínicos subjetivos (.80). En la Tabla 7.1, que se presentan estos mismos estadísticos en otros instrumentos de diagnóstico y/o valoración de síntomas del TEPT, se puede observar que los resultados obtenidos por la EGEP son similares a los ofrecidos por otros instrumentos, especialmente en el alfa referente a la escala total.

Tabla 7.1. Consistencia interna en instrumentos de diagnóstico y/o valoración de síntomas del TEPT.

	α Escala total	α Reexp.	α Evitación	α Hiperactiv.
EGEP	.92	.86	.77	.73
Escala de gravedad de síntomas del TEPT (Echeburúa et al., 1997)	.90			
PDS (Foa, 1995)	.92	.78	.84	.84
CAPS (Bobes et al., 2000)	.91	.83	.79	.76
DEQ (Kubany et al., 2000)	.93	.91	.88	.91

Aunque la subescala referida a funcionamiento obtuvo un valor de consistencia interna limitado, ya que se encuentra en el umbral de ser aceptado como válido (.69), el análisis realizado supone un avance en el estudio de la totalidad de los criterios diagnósticos del TEPT, ya que hasta el momento son escasos los estudios que se han detenido a revisar la consistencia interna de la subescala de funcionamiento. Posiblemente porque incluso gran parte de los instrumentos de evaluación del TEPT, como se ha citado a lo largo de este trabajo, omiten la valoración del funcionamiento de la persona.

Además de analizar la fiabilidad de la escala mediante la consistencia interna, se realizó un análisis de los ítems que componen la escala mediante el cálculo del índice de fiabilidad del ítem. Este índice ofreció, como se detallará a continuación, estimaciones sobre la fiabilidad con la que cada uno de los ítems mide la característica o variable que mide la escala total, así como la contribución que supone para el alfa total de la escala.

El índice de fiabilidad de cada ítem se calculó para cada ítem con su correspondiente subescala, con la puntuación total de los 17 ítems (síntomas postraumáticos recogidos en la clasificación diagnóstica actual) y con la puntuación total de los 26 ítems (síntomas postraumáticos recogidos en la clasificación diagnóstica actual y síntomas clínicos subjetivos).

De todos estos análisis se pudieron establecer diversas conclusiones que se detallan a continuación. Posiblemente la más consistente de todas ellas, porque se encontró en todos los análisis realizados, hace referencia a que todos los ítems, salvo el ítem 35 (“Tiene dificultades para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento”), suponían una contribución a la escala ya que la fiabilidad de la escala disminuía con la eliminación del ítem. El ítem 35 correspondiente a “dificultades para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento” obtuvo siempre valores de fiabilidad muy bajos, en torno a .250; incluso cuando se procedió a realizar un análisis diferencial del ítem teniendo en cuenta aquellas personas que no habían sufrido lesión en la cabeza como resultado del acontecimiento y que no había perdido el conocimiento durante el mismo, con el fin minimizar la posibilidad de que el bajo índice de fiabilidad encontrado en el ítem 35 estuviese mediatizado por el hecho de haber sufrido una lesión en la cabeza.

Otro aspecto que se encontró en todos los análisis realizados para la consistencia interna de los ítems hace referencia a que la subescala de reexperimentación fue la que siempre obtuvo los valores globales de fiabilidad más elevados. Las subescalas de hiperactivación y evitación y embotamiento afectivo presentaron índices de fiabilidad en todos los análisis algo menores, en este orden, que la subescala de reexperimentación.

Sin embargo, es llamativo que con estos resultados, sean diversos ítems correspondientes a la subescala de evitación y embotamiento afectivo los que repetidamente mostraron de forma individual los índices de fiabilidad más elevados. En concreto estos ítems fueron el ítem 36 referido a la disminución del interés o placer en cosas con las que antes del acontecimiento solía disfrutar la persona y el ítem 38 referido a las posibles dificultades que puede tener la persona para experimentar ciertas emociones como amor, felicidad, ternura, deseo sexual También correspondiente a esta subescala son los ítems con arrojaron en todos los análisis menores índices de fiabilidad, entre los que encontramos el ya citado ítem 35 y además el ítem 33 referido a la evitación de pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionados con el acontecimiento.

Entonces, parece oportuno preguntarse, ¿es posible que la subescala de evitación y embotamiento afectivo vea afectado su índice de fiabilidad porque cuenta con ítems que no hacen una adecuada contribución a esta subescala desfavoreciendo que esta mida lo que tiene que medir?. Aunque sería algo pretencioso poder contestar de forma taxativa a esta pregunta contamos con datos que apuntan a que la respuesta puede ser afirmativa, es decir, que efectivamente determinados ítems que actualmente componen la subescala de evitación y embotamiento afectivo no hacen una adecuada aportación a la subescala. En la línea de esta afirmación encontramos diversos estudios (Amur y Liberzone, 2001; Asmundson et al., 2000; Buckley, Blanchard, y Hickling, 1998; Dalgleish y Power, 2004) y de forma más concreta la propuesta de la APA (2010) para el diagnóstico de TEPT que ha extraído los ítems referidos a evitación, como el ítem 33 que ofrecía limitados índices de fiabilidad en este estudio, para dedicar un criterio exclusivamente a la sintomatología de evitación y otro criterio referido a alteraciones negativas en las cogniciones del estado del ánimo, que recogerían síntomas como el ítem 35 (“Tiene dificultades para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento”) que resultados tan desfavorables ha ofrecido en este trabajo, ubicado dentro de la subescala de evitación y embotamiento afectivo.

Junto con los ítems 33 (“Intenta evitar o ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionadas con el acontecimiento” y 35 (“Tiene dificultades para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento”) determinados ítems correspondientes a la subescala de síntomas clínicos subjetivos como son el ítem 46 (“Se ha sentido culpable por haber sobrevivido al acontecimiento”), el ítem 47 (“Se ha sentido responsable de ese acontecimiento”) y el ítem 48 (“Siente que no puede confiar en los demás”) son los que han obtenido índices de fiabilidad más bajos, aunque en este caso no se dio en todos los análisis, sino que se observó especialmente en el análisis realizado entre cada ítem con la subescala a la que pertenece. No obstante, como en el análisis con las puntuaciones totales mejoraron los índices de fiabilidad de estos síntomas clínicos subjetivos y como ya ha quedado constatada en este trabajo la aportación que los síntomas clínicos subjetivos han ofrecido a la consistencia interna de la EGEP, podríamos

plantearnos si es posible que la subescala de síntomas clínicos subjetivos esté compuesta por agrupaciones de síntomas que valoran áreas diferentes, como pueden ser, por un lado, los síntomas disociativos y por otro lado los sentimientos de culpa.

7.3 Análisis de la validez.

La validez de la EGEP se analizó mediante el análisis de la validez de constructo, de la validez convergente, de la validez divergente, de la validez predictiva y de la validez clínica.

El análisis de **validez de constructo**, analizada mediante el análisis factorial de la estructura de la EGEP, puso de manifiesto la presencia de 4 factores que explicaban un 63,31% de la varianza total. El primer factor se denominó embotamiento e hiperactivación, ya que suponía la inclusión de síntomas correspondientes al criterio D-hiperactivación del DSM IV-TR y los síntomas de embotamiento correspondientes al criterio C-evitación y embotamiento afectivo. En el segundo factor que se denominó reexperimentación se incluyeron todos los síntomas referidos al criterio B-reexperimentación del DSM IV-TR y un ítem (“dificultades para dormir o mantener el sueño”) correspondiente según la clasificación diagnóstica DSM al criterio D-hiperactivación. En el tercer factor denominado evitación de pensamientos y actividades se incluyeron los ítems referidos a evitación correspondientes al criterio C-evitación y embotamiento afectivo. En el cuarto factor se incluyó solamente el ítem 35, referido a las dificultades para recordar, correspondiente al criterio C-evitación de la clasificación DSM.

Con el fin de explorar la posibilidad de agrupar este cuarto factor, compuesto únicamente por el ítem 35, se realizó un análisis factorial solicitando la extracción de 3 factores, encontrando que el ítem 35 volvía a aparecer de forma individual en un único factor, que el factor denominado en el análisis anterior embotamiento e hiperactivación permanecía invariable y que los otros dos factores encontrados en el análisis anterior fueron agrupados en uno

mismo denominado reexperimentación y evitación. Por lo tanto parece que este análisis no mejoró la información obtenida con el análisis factorial anterior.

Los factores resultantes tras el análisis factorial realizado en este estudio ponen de manifiesto determinadas afirmaciones que previamente han sido realizadas en diversos estudios (Buckley et al., 1998; King, King, Lesking y Weathers, 1998; Taylor, Kuch, Koch, Crockett y Passey, 1998). Estas afirmaciones hacen referencia, por un lado, a que el modelo estructural de 3 factores defendido en la clasificación DSM IV-TR no es adecuado, siendo más acertado un modelo factorial de 4 factores. Posiblemente la diversidad de estudios científicos que han apoyado esta hipótesis sean la base para que en el borrador del DSM V (APA, 2010) ya se consideren 4 factores estructurales del TEPT. Por otro lado, las afirmaciones recogidas en estos estudios y contrastadas también en este trabajo, tanto en el análisis factorial como en el estudio de la consistencia interna de la escala, hacen referencia a que la sintomatología de evitación y la sintomatología referida a embotamiento afectivo corresponden a constructos diferentes que no debieran ser incluidos dentro del mismo factor estructural del TEPT como ya afirmaron en su modelo teórico Foa, Zinarg y Rothbaum (1992). En este modelo también se defendía la vinculación entre el embotamiento afectivo y la hiperactivación, en la medida que el primero sería la consecuencia de una hiperactivación incontrolable y la vinculación entre la evitación y la reexperimentación, en la medida que la evitación actúa como mecanismo para no recordar aspectos relacionados con el acontecimiento traumático. Ambos mecanismos se han visto reflejados en el análisis realizado en este trabajo, ya que se ha encontrado un factor que agrupa ítems de embotamiento e hiperactivación y otro factor, cuando se solicitó el análisis de 3 factores que incluía ítems referidos a reexperimentación y evitación.

Posiblemente esta realidad empírica también ha sido tomada en cuenta por la APA porque en el borrador del DSM V la estructura que presenta el TEPT en 4 factores es debido a que hacen una separación del actual criterio evitación y embotamiento afectivo en dos criterios independientes.

Por último, estos estudios informan de la elevada intercorrelación existente entre los factores estructurales del TEPT, que en este estudio se puede constatar a partir de las correlaciones elevadas que se encontraron entre los factores obtenidos en el análisis factorial: embotamiento y activación, reexperimentación, evitación y dificultad para recordar el acontecimiento.

Además de los análisis factoriales comentados anteriormente se realizó un estudio de la estructura factorial del grupo de síntomas clínicos subjetivos incluidos en la EGEP. Así se obtuvieron 3 factores que explicaban un 64,64% de la varianza total. En el primer factor quedaron agrupados todos los síntomas clínicos subjetivos referidos a sintomatología disociativa junto con el ítem referido a sentimientos de culpa por sobrevivir al acontecimiento. El segundo factor extrajo todos los síntomas referidos a cogniciones negativas sobre uno mismo o sobre el mundo y el tercer factor agrupó los síntomas referidos a sentimientos de culpa y responsabilidad por lo sucedido. Por lo que los síntomas clínicos subjetivos quedarían definidos bajo una estructura de 3 factores, similar a la planteada por los autores (Foa et al., 1999 y Kubany et al., 1996) que han estudiado la evaluación de otros síntomas del TEPT no recogidos en las clasificaciones diagnósticas actuales, a los que podríamos denominar; síntomas disociativos (primer factor), cogniciones negativas (segundo factor) y sentimientos de culpa (tercer factor).

Una vez que se determinó la estructura factorial de la EGEP nos detuvimos a analizar la **validez convergente** de la escala mediante el análisis de ítems y las correlaciones entre las subescalas.

El análisis de ítems, realizado mediante las correlaciones de cada ítem con la subescala a la que pertenece y con las correlaciones de cada ítem con las puntuaciones totales de la EGEP (17 y 26 ítems), arrojó como primera conclusión que todas las correlaciones realizadas fueron significativas al nivel 0.1, incluso las obtenidas por el ítem 35, que en análisis posteriores ofrecía resultados poco halagüeños. No obstante, este ítem fue el que ofreció correlaciones más bajas incluso realizando el análisis diferencial, ya comentado en el análisis referido a fiabilidad.

Además, este análisis de ítems, vino a corroborar los resultados ya comentados al estudiar la consistencia interna de la escala, subescalas y de los ítems, ya que una vez más en las correlaciones de cada ítem con la subescala a la que pertenecen, la subescala de reexperimentación es la que obtuvo correlaciones más altas (entorno a .800), seguida de las correlaciones (entorno a .700) encontradas entre la subescala de hiperactivación y de las correlaciones (.600) encontradas en la subescala de evitación y embotamiento afectivo. Entorno a .600 también estuvieron las correlaciones encontradas en la subescala de síntomas clínicos subjetivos.

También, este análisis de ítems puso de manifiesto que algunos de los ítems, como el 36 ("Ha disminuido su interés o placer en cosas con las que antes solía disfrutar) que ya mostraron índices de fiabilidad altos, son los que obtuvieron correlaciones más altas con la subescala a la que pertenecen. Igualmente, se encontró una estrecha relación entre los índices de fiabilidad más bajos obtenidos por determinados ítems y las correlaciones más bajas encontradas entre los ítems y la subescala a la que pertenecen, como el ítem 35 ("Tiene dificultades para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento") o el ítem 48 ("Siente que no puede confiar en los demás") correspondiente a la subescala de síntomas clínicos subjetivos.

Estos resultados se mostraron consistentes cuando las correlaciones se establecieron entre cada ítem con las puntuaciones totales de la EGEP (17 y 26 ítems).

Además, dentro del análisis de ítems se realizó un estudio para detectar posibles casos con error, es decir, aquellos en los que el valor obtenido entre la correlación del ítem y subescala fuese mayor que el obtenido con la subescala a la que pertenece, encontrando que el número de errores fue nulo ya que todos los ítems obtuvieron correlaciones superiores con la subescala a la que pertenecían que con cualquier otra subescala, siendo estas correlaciones superiores al valor 0.40. Por lo tanto, estos resultados nos encaminan a considerar que la EGEP es un instrumento con una adecuada validez convergente (Hays et al., 1988).

Además, esta afirmación, parece apoyarse en los resultados obtenidos en las correlaciones realizadas entre las subescalas (reexperimentación, evitación y embotamiento afectivo, hiperactivación, síntomas clínicos subjetivos, puntuaciones totales EGEP – 17 ítems y 26 ítems), ya que todas ellas fueron significativas al nivel .01. Las correlaciones más altas fueron las resultantes entre el análisis establecido entre las subescalas con la puntuación total obtenida en la EGEP-26 ítems.

Estas subescalas se volvieron a someter a estudio mediante correlaciones, pero en esta ocasión con el objetivo de analizar la **validez discriminante** de la EGEP. Así, se establecieron correlaciones entre las subescalas con las puntuaciones obtenidas en depresión, ansiedad, autoestima, alcoholismo y sintomatología psicopatológica, que fueron todas ellas significativas excepto las que se establecieron con la variable alcoholismo. Además, la gran mayoría de las correlaciones fueron positivas, excepto las referidas a la medida de la autoestima que fueron en sentido contrario, o sea, negativas, como era de esperar.

Las correlaciones más altas (entorno a .600) fueron las resultantes del análisis entre las puntuación total de la EGEP – 26 ítems con las medidas estudiadas (depresión, ansiedad, autoestima, alcoholismo y sintomatología psicopatológica). Las subescalas estudiadas presentaron las correlaciones más altas (entorno a .700) con la variable sintomatología psicopatológica general, lo cual pone de manifiesto la estrecha relación entre la sintomatología postraumática y la sintomatología asociada que presentan los participantes del estudio.

Por ello, se calcularon las correlaciones entre las subescalas de la EGEP (reexperimentación, evitación y embotamiento afectivo, hiperactivación, síntomas clínicos subjetivos, puntuaciones totales EGEP – 17 ítems y 26 ítems) con las subescalas del *BSI* (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, paranoidismo y psicoticismo). Las cuales, una vez más pusieron de manifiesto que las correlaciones más altas eran las resultantes de las establecidas entre las subescalas del *BSI* y la puntuación total de la EGEP – 26 ítems. De forma más

concreta, cabe destacar que todas las subescalas de la EGEP estudiadas obtuvieron las correlaciones más elevadas con la subescala de ansiedad del *BSI*, a excepción de las subescalas de evitación y embotamiento afectivo y síntomas clínicos subjetivos que obtuvieron correlaciones más altas con la subescala del *BSI* referida a depresión.

Así, podemos afirmar que las correlaciones analizadas ponen de manifiesto una validez convergente limitada, ya que los valores de las correlaciones establecidas superan en la mayoría de las ocasiones el valor de 0.500 (Lévy Magin, 2002). Posiblemente el origen de esta situación no está en la escala propiamente sino en la alta comorbilidad que el TEPT presenta con otra sintomatología asociada, lo que facilita la posibilidad de establecer altas correlaciones entre estas variables (subescalas y escala total de la EGEP con variables psicopatológicas).

El estudio de la validez de la escala supuso también conocer la **validez predictiva** de esta y para ello se establecieron Curvas COR y análisis de Bayes. Las Curvas COR tuvieron como objetivo conocer los puntos de corte óptimo para la subescala de reexperimentación, evitación y embotamiento afectivo, hiperactivación, síntomas clínicos subjetivos y funcionamiento. Por punto de corte óptimo entendemos, en general, aquel que arroja la mayor proporción de aciertos positivos con la menor proporción de falsos positivos. De forma más específica, en la EGEP, supuso optar por puntos de corte que nos asegurasen que la gran mayoría de participantes con TEPT fuesen diagnosticados por la EGEP aunque esto supusiese acogernos a valores de especificidad más bajos, ya que como indica Kassier (1989) las pruebas diagnósticas no debieran tener como objetivo alcanzar la certeza sino reducir el nivel de incertidumbre. Así, se determinó que los puntos de corte de la EGEP serían 1 para la subescala de reexperimentación, 3 para la subescala de evitación y embotamiento afectivo, 2 para la subescala de hiperactivación, 3 para la subescala de síntomas clínicos subjetivos y 2 para la subescala de funcionamiento. Los puntos de corte asignados en la EGEP para la subescalas referidas a sintomatología postraumática coinciden en su totalidad con los que indica la clasificación DSM actual.

También se calcularon los puntos de corte asignados para la puntuación total de la EGEP 17 y 26 ítems, ambas referidas a intensidad, que fueron de 24 y 30 respectivamente.

El análisis de Bayes supuso el estudio de la distribución de los “casos” y “no casos” según la EGEP en los participantes y de su relación con los resultados obtenidos en la prueba de Oro (CIDI). A través de este análisis se obtuvieron diferentes parámetros de validez predictiva (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, eficiencia, cociente de error e índice de Youden) para los criterios B, C y D, para los criterios B, C, D y síntomas clínicos subjetivos, para los criterios B, C, D, y F, para los criterios B, C, D, F y síntomas clínicos subjetivos, para la puntuación total de la EGEP 17 ítems y para la puntuación total de la EGEP 26 ítems, en comparación con los criterios B, C y D de la CIDI y B, C, D y F de la CIDI.

De todos estos análisis se pudo concluir, en primer lugar, que en todos ellos se obtuvieron valores de sensibilidad y especificidad bastante adecuados, ya que los valores se situaron entre 82,17% y 91 % para sensibilidad y entre 67,34% y 100% para especificidad. En segundo lugar, que la inclusión del criterio F (Funcionamiento) en los análisis mejoraba los valores en sensibilidad y especificidad. En tercer lugar, que los valores de sensibilidad y especificidad encontrados en las puntuaciones totales de la EGEP, referidas a intensidad, con 17 ítems y con 26 eran iguales. En cuarto lugar, que la inclusión de síntomas clínicos subjetivos mejoraba la validez predictiva de la prueba, ya la eficacia de esta aumentó a valores del 100%, manteniéndose valores de sensibilidad superiores al 85%, reduciéndose los cocientes de error a valores del 15% y alcanzándose valores de eficiencia diagnóstica del 90%. También los índices Kappa obtuvieron valores más elevados (entorno a .800). Así, pudimos constatar, una vez más, la importante aportación que los síntomas clínicos subjetivos otorgan a la estructura de TEPT.

Por último, estos análisis pusieron de manifiesto que, teniendo en cuenta las premisas de maximizar los valores de sensibilidad y especificidad, el análisis de Bayes realizado para cumplimiento de los criterios B, C, D y F era el que mejor resultados obtenía (véase Tabla 7.2). Aunque el cumplimiento de

estos criterios junto con los síntomas clínicos subjetivos llegaba a alcanzar valores de especificidad del 100% no se optó por seleccionar este análisis porque los valores de sensibilidad de la prueba disminuían notablemente y al tratarse de un instrumento de diagnóstico no parece conveniente ampliar el rango de incertidumbre diagnóstica.

Por lo tanto, la EGEP ofrece valores de validez predictiva muy buenos en función de los valores descritos por los autores (Feinstein, 1985; Sackett y Sharon, 1998), ya que el valor de sensibilidad se sitúa en el 91%, el de especificidad en el 75%, el valor predictivo positivo en el 89%, el valor predictivo negativo en el 78%, la eficiencia en el 86,11%, el cociente de error en el 21,97%, el índice de Youden en el 0,66% y el índice Kappa en el .66.

Estos resultados suponen una mejora de la validez predictiva respecto a los instrumentos diagnósticos del TEPT disponibles en la actualidad como se refleja en la comparación (véase Tabla 7.2) establecida con la *PDS* (Foa et al., 1995), seleccionada para esta comparación porque es el instrumento que más semejanzas presenta con la EGEP, ya que se trata también de un instrumento autoaplicado para el diagnóstico de TEPT, que valora todos los criterios diagnósticos del trastorno.

De esta comparación podemos concluir que todos los valores predictivos obtenidos en la EGEP mejoran los ofrecidos por la *PDS*, ya que las diferencias que presentan los valores más desfavorables de la EGEP, o sea, la especificidad y el valor predictivo negativo, no son significativas y más aún si tenemos en cuenta el incremento que esta leve diferencia supone para otros valores como la sensibilidad. Así, con un valor de especificidad en la EGEP del 75% respecto al 77% de la *PDS* obtenemos un valor de sensibilidad del 91% frente al 82% que ofrece la *PDS*.

Tabla 7.2. Validez predictiva de la EGEP VS PDS.

	PDS / SCID (n= 248)	EGEP / CIDI (n=175)
Sensibilidad	82%	91%
Especificidad	77%	75%
Valor predictivo positivo	77%	89%
Valor predictivo negativo	80%	78%
Eficiencia	79%	86%
Índice Kappa	.59	.66

Por último, el estudio de la validez de la EGEP supuso el análisis de la **validez clínica**, que puso de manifiesto en qué medida la escala diferencia a las personas con y sin trastorno.

Respecto a las variables relacionadas con la caracterización del acontecimiento traumático se encontró que el tipo de acontecimiento traumático, cuando sucedió este y la frecuencia con la que lo vivieron los participantes no eran significativas entre los participantes clasificados como “casos” (recibieron diagnóstico de TEPT) o “no casos” (no recibieron diagnóstico de TEPT), aún cuando diversos (Boudreaux, Kilpatrick, Resnick, Best y Saunders, 1998; Breslau et al., 1998; Corral, Echeburúa, Sarasúa y Zubizarreta, 1992; Echeburúa, Corral y Amor, 1998; Martín y de Paúl Ochotorena, 2004; McLeer et al., 1992) señalan la relación entre estas variables y el diagnóstico de TEPT. Sin embargo la variable relacionada con el número de acontecimientos vividos por la persona si mostró diferencias entre los participantes clasificados como “caso” o “no caso”, siendo superior (cerca de 7 acontecimientos) el número de acontecimientos vividos por los participantes clasificados como “caso”. Dentro del grupo de variables relacionadas con la caracterización del acontecimiento traumático también se estudió la vivencia emocional, que sólo mostró diferencias significativas en horror y no en miedo ni indefensión, tal y como han indicado otros estudios

(Adler y Hoge, 2008), lo cual apoya, en gran medida, el planteamiento del borrador DSM V para obviar esta parte (A2) del criterio A, ya que la presencia de miedo, indefensión y horror no parece ser determinante para discriminar entre personas con TEPT y sin TEPT. No obstante, es importante recordar, como se ha señalado anteriormente, que la eliminación de esta parte del criterio A no supone obviar la vivencia subjetiva de la persona sobre el acontecimiento, ya que en el borrador propuesto para el TEPT esta continuaría presente en la medida que el criterio A valoraría que el acontecimiento haya sido percibido por la persona como posible causante de “daño grave”, lo cual sin duda queda a expensas de la valoración personal.

Sobre las implicaciones que supuso el acontecimiento para los participantes del estudio únicamente la amenaza para la integridad física mostró diferencias significativas, estando presente en el 45% de los participantes clasificados como “caso” y sólo en el 16,18% en los clasificados como “no caso”.

Respecto a la sintomatología postraumática señalar que fue el grupo de variables estudiadas en las que todos los ítems mostraron diferencias significativas entre los participantes clasificados como “caso” y “no caso”, siendo siempre las medias superiores en los participantes clasificados como “caso”. Únicamente el ítem 35 referido a las dificultades para recordar aspectos importantes del acontecimiento no mostró diferencias significativas entre los participantes, como era previsible según los datos expuestos hasta el momento sobre el funcionamiento de este ítem.

También los participantes clasificados como “caso” obtuvieron medias significativamente superiores que los clasificados como “no caso” en los síntomas clínicos subjetivos. A excepción de los referidos a sintomatología disociativa como son el ítem 51 (“Hay momentos en que siente que las cosas que pasan a su alrededor son irreales o muy extrañas”) y el ítem 52 (“Hay momentos en los que siente como si estuviera fuera de su cuerpo, como se si se viera desde fuera”) que no mostraron diferencias significativas entre los participantes clasificados como “caso” o “no caso”, lo cual pone de manifiesto la limitada presencia de esta sintomatología entre los participantes clasificados

como “caso”, tal y como se ha reflejado en otros estudios realizados con personas expuestas a diversos acontecimientos (Echeburúa, Corral y Amor, 1998).

El inicio de esta sintomatología postraumática y su duración no arrojó en el análisis diferencias significativas entre los participantes. Sin embargo en el estudio de las diversas implicaciones que esta sintomatología supuso para los participantes se encontraron diferencias significativas en todas ellas, lo que suponía que más del 50% de los participantes clasificados como “caso”, a raíz de la sintomatología, habían consultado a un médico u otro profesional, habían recibido medicación, su vida laboral o académica se había visto afectada, al igual que sus relaciones sociales y familiares o de pareja. Mientras que esta situación sólo se dio en el 20%, aproximadamente, de los participantes clasificados como “no caso”. La única área de funcionamiento que no ofreció diferencias significativas fue el consumo de alcohol o drogas, que como se ha citado anteriormente no está presente entre los participantes de este estudio.

Tampoco, en el estudio de la sintomatología asociada la variable alcoholismo obtuvo puntuaciones significativamente distintas entre los grupos clasificados como “caso” y “no caso”. Sin embargo, las demás variables relacionadas con sintomatología asociada (depresión, ansiedad, autoestima y sintomatología psicopatológica) mostraron en su totalidad diferencias significativas entre los participantes clasificados como “caso” y “no caso”, siendo las medias de los participantes clasificados como “caso” superiores en las variables de depresión, ansiedad y sintomatología psicopatológica, y menores en los niveles de autoestima. También los participantes clasificados como “caso” superaron significativamente el punto de corte establecido para valorar posible depresión, problemas de ansiedad y niveles bajos de autoestima.

Igualmente, se encontraron diferencias significativas entre los participantes clasificados como “caso” o “no caso” en todas las subescalas del *BSI*, siendo superiores en todas ellas las medias obtenidas por los participantes clasificados como “caso”, especialmente en las subescalas de obsesión-compulsión y ansiedad.

Por lo que queda claro que los participantes clasificados como “caso” presentaban un nivel de sintomatología, ya sea postraumática o asociada, muy superior a la que presentaban los participantes que fueron clasificados como “no caso”.

7.4 Limitaciones del estudio y directrices futuras.

A partir de todo lo expuesto en este capítulo podemos concluir que con este trabajo se ha conseguido desarrollar y validar un instrumento de evaluación del TEPT en adultos que cubre los siguientes objetivos propuestos:

- ✓ Evalúa todos los criterios diagnósticos para el TEPT incluidos en las clasificaciones diagnósticas.
- ✓ Establece una relación entre la sintomatología a valorar y el acontecimiento traumático.
- ✓ Considera otra sintomatología postraumática, al margen de la señalada en las clasificaciones diagnósticas.
- ✓ Ofrece garantías psicométricas adecuadas tanto en términos de fiabilidad como de validez.
- ✓ Ha sido validado con población española expuesta a diversos tipos de acontecimientos traumáticos.
- ✓ Es de aplicación fácil y breve.

También podemos afirmar que la EGEP cumple con los estándares relativos a la validación de los instrumentos de evaluación señaladas por la APA y otras organizaciones profesionales y científicas (AERA y NCME, 1999).

Aunque los objetivos planteados en este trabajo han sido cubiertos, el diseño y desarrollo de la EGEP presenta ciertas limitaciones que a continuación se detallan.

La primera de ellas está relacionada con el tamaño muestral ($n=175$), ya que en general la validación de instrumentos de evaluación cuentan con tamaños muestrales más amplios. Aunque también es cierto que no todos ellos cuentan con muestra clínica que además ha vivido diversos acontecimientos, como es el caso de este estudio.

No obstante es importante señalar que la recogida de muestra, con las características anteriormente citadas, supone en ocasiones solventar dificultades que son extremadamente complejas porque gran parte de ellas están vinculadas con la propia situación postraumática que vive la persona. Así, fue común al entrar en contacto con los participantes recibir una negativa a participar porque de algún modo suponía exponerse a su propia dificultad, la rememoración de un acontecimiento que les producía un importante malestar. También, en algunas ocasiones, se tuvo que interrumpir la evaluación porque el nivel de activación de la persona o incluso la presencia de *flashback* durante esta imposibilitaron continuarla, lo que irremediamente provocó una disminución del tamaño muestral.

Esta dificultad de acceso a la muestra nos lleva a otra limitación que presenta el estudio en términos de fiabilidad, ya que no fue posible estimar los estadísticos de fiabilidad mediante repeticiones del proceso de medida con el método más conocido, test-retest. Con la aplicación de esta segunda medida también hubiese sido posible realizar el estudio de la sintomatología postraumática en el tiempo, lo cual hubiera sido de gran interés para conocer la evolución del cuadro en los participantes del estudio.

Por otra parte, es importante señalar que la EGEP necesariamente tendrá que someterse a un proceso de actualización en un periodo breve de tiempo, ya que el borrador del DSM V apunta modificaciones, expuestas a lo largo de este trabajo, que necesariamente suponen la adaptación de la escala. Estas harían referencia a la adaptación del criterio A, y a la reformulación de la estructura del TEPT con la inclusión de un criterio nuevo, a raíz del desglose del criterio evitación y embotamiento afectivos en dos criterios. Por lo que sería conveniente que futuras investigaciones puedan centrar su trabajo en la

adaptación de la EGEP, cuando sea necesario, a las pautas de las clasificaciones diagnósticas del momento.

Otra directriz de trabajo estaría vinculada también a los criterios diagnósticos del TEPT y en concreto al criterio A que hace referencia a la descripción del acontecimiento traumático, ya que desde su inclusión en las clasificaciones diagnósticas y hasta la actualidad ha resultado extremadamente controvertido.

En relación con esta línea de trabajo también podría ser oportuno estudiar de forma exhaustiva las relaciones entre el TEPT y otros trastornos “límitrofes”, como el TEA, que pudieran arrojar información detallada sobre cómo estos se relacionan o lo que es todavía más importante, qué diferencias a nivel clínico existen entre ellos, para poder definir una estructura que recoja todos los trastornos posibles tras la vivencia de un acontecimiento, así como las relaciones entre estos.

Dentro del estudio de los cuadros traumáticos, sería interesante estudiar con más detenimiento los criterios temporales que en estos se refieren porque con los datos actuales podemos incurrir en la “patologización” de respuestas normales frente a acontecimientos extremos únicamente porque la persona presenta determinadas respuestas durante más de unas semanas. Posiblemente esta situación es un “tema pendiente” desde la inclusión del TEPT en las clasificaciones diagnósticas, ya que es importante recordar que por el momento social y político en el que se estructura el TEPT era más importante atender a la presión del momento para recoger un cuadro diagnóstico que facilitase la “gestión” (a todos los niveles) de los recién llegados veteranos de Vietnam, que generar conocimiento científico sobre estas respuestas para posteriormente describir una entidad nosológica con una importante base teórica. Por lo tanto podemos afirmar que la forma precipitada en la que se recogió el trastorno en 1980 todavía tiene sus repercusiones en la actualidad.

Sin duda alguna, estas directrices vendrían a aportar apoyo científico al área de la evaluación de los trastornos postraumáticos y por consiguiente a

la intervención de este, pudiendo en cada caso ofrecer la alternativa terapéutica más adecuada.

Por último, y derivado del tiempo compartido con más de 100 personas que aún habiendo sufrido acontecimientos a veces muy destructivos para su integridad transmiten un deseo vital y de crecimiento importante, creo que se debiera incidir en el estudio de los factores protectores que promueven el adecuado funcionamiento del individuo tras la vivencia de una experiencia traumática, para así no categorizar las respuestas de las personas tras estas vivencias de una forma unidimensional, sino también valorar la capacidad natural que los supervivientes de experiencias traumáticas tienen para rehacerse (Bonanno, 2004).

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Adler, A.B., y Hoge, C.W. (2008). A2 Diagnostic criterion for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 21 (3), 301-308.
- Admur, R., y Liberzon, I. (2001). The structure os posttraumatic stress disorder symptoms in combat veterans: A confirmatory factor análisis of the impact of event scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 15 (4), 345-357.
- Ai, A.L., Peterson, C., y Ubelhor, D. (2002). War-related trauma and symptoms of posttraumatic stress disorder among adult Kosovar refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 15 (2), 157-160.
- Alter, C.L., Pelcovitz, D., Axelrod, A., Goldenberg, B., Harris, H., Meyers, B., Grobois, B., Mandel, F., Septimus, A., y Kaplan, S. (1996). Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics*, 37 (2), 137-143.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1th Edition). Washington: A. P. A.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3th Edition). Washington: A. P. A.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3th Edition. rev.). Washington: A.P. A.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Edition.). Washington: A.P. A.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4 th Edition.rev.). Washington: A.P.A.
- American Psychiatric Association (en línea). 2010. <http://www.dsm5.org>. (Consulta: 10 de enero de 2010).
- Amor, M. (2001). *Trastorno por estrés postraumático en víctimas del terrorismo: evaluación clínica, psicofisiológica y pericial*. Tesis Doctor. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I., y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2 (2), 227-246.

- Amstadter, A.B., Acierno, R., Richardson, L.K., Kilpatrick, D.G., Gros, D.F., Gaboury, M.T., Tran, T.L., Trung, L.T., Tam, N.T., Tuan, T., Buoi, L.T., Ha, T.T., Thach, T.D., y Galea, S. Posttyphoon prevalence of posttraumatic stress disorder, major depressive disorder, panic disorder, and generalized anxiety disorder in a Vietnamese sample. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (3), 180-8.
- Arieh, Y., Shalev, M.D., y Freedman, S. (2005). PTSD following terrorist attacks: a prospective evaluation. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1188-1191.
- Arinero, M. (2006). *Análisis de la eficacia de una intervención psicológica para mujeres víctimas de violencia doméstica*. Tesis Doctor. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología.
- Arinero, M., Crespo, M., Lopez, y Gómez, M. (2004, Abril). *Analysis of Rosenberg self-esteem Scale: reliability and validity of items*. Comunicación presentada en el VII European Conference on Psychological Assessment. Málaga.
- Asmundson, G., Frombach, I., McQuaid, J., Pedrelli, P., Lenox, R., y Stein, M.B. (2000). Dimensionality of posttraumatic stress symptoms: a confirmatory factor analysis of DSM-IV symptom clusters and other symptom models. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 203-214.
- Barlow, D. H., Raffa, S. D., y Cohen, E. M. (2002). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. En P.E. Nathan y J.M. Gorman (Eds.), *A Guide to Treatments that Work* (2nd ed., pp. 301-335). New York: Oxford University Press.
- Barrio-Cantalejo, I., y Simón-Lorda, P. (2003). ¿Pueden leer los pacientes lo que pretendemos que lean? Un análisis de la legibilidad de materiales escritos de educación para la salud. *Atención Primaria*, 31, 409-14.
- Beard, G. (1979). *Practical treatise on nervous exhaustion (Neurasthenia)*. Nueva York: Brunnel-Mazel.
- Beck, A.T., Brown, G.K., Epstein, N., y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56 (6), 893-897.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., y Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclee de Brower (Orig. 1979).
- Beck, A.T., Steer, R. A., y Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

- Blake, D. D., Weathers, F., Nagy, L., Kaloupek, D. G., Klauminzer, G., Charney, D., y Keane, T. M. (1992, October). The development of a structured interview for Post-traumatic Stress Disorder. In D. D. Blake (Chair), An update on the Clinician Administered PTSD Scales (CAPS-1 and CAPS-2). Symposium presented at the meeting of the International Society of Traumatic Stress Studies. Los Angeles.
- Blake, D. D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Charney, D.S., y Keane, T.M. (1998) *CAPS (Clinical Administered PTSD Scale for DSM-IV)*. Boston: National Center for Posttraumatic Stress Disorder.
- Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Barton, K.A., Taylor, A.E., Loos, W.R., y Jones-Alexander, J. (1996). One year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 775-786.
- Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Taylor, A.E., Forneris, C.A., Loos, W., y Jaccard, J. (1995). Effects of varying scoring rules of the clinician- administered PTSD scale (CAPS) for the diagnosis of post-traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 471-475.
- Blanco, A., Diaz, D., Gaborit, M., y Amaris, M.C. (2010). El sentido del mundo y el significado del yo: Inventario de cogniciones postraumáticas en población hispana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42 (1), 97-110.
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., Francois, M., Rico-Villademoros, F., González, M.P., Bascaran, M.T., Bousoño, M., y Grupo Español de Trabajo para el estudio del TEPT.(2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del TEPT. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28 (4), 207-218.
- BOE. (1999). Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. *BOE*, 251, 20 de octubre.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Bordier, A., Goavec, A., y Serpinet, J.F. (1986). Psychic disorders connected with recent wars: *Psychiatrie Francaise*, 17 (5), 39-50.
- Boudreaux, E., Kilpatrick, D. C., Resnick, H. S., Best, C. L., y Saunders, B. E. (1998). Criminal victimization, posttraumatic stress disorder, and comorbid

psychopathology among a community sample of women. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 665-678.

Breslau, N. (2001). The epidemiology of posttraumatic stress disorder: What is the extend of the problem?. *Journal of Clinical Psychiatry, 62* (17), 16-22.

Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P., y Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archive of General Psychiatry, 48*(3), 216-222.

Breslau, N., Davis, G.C., y Shultz, L.R. (2003). Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Archives of General Psychiatry, 60*, 289-294.

Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C. y Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of trauma. *Archives of General Psychiatry, 55*, 626-632.

Breslau, N., Peterson E.L., Poisson, L.M., Schultz, L.R., y Lucia., V.C. (2004). Estimating post-traumatic stress disorder in the community: lifetime perspective and the impact of typical traumatic events. *Psychological Medicine, 34* (5), 889-98.

Breslau, N., Peterson, R., Ronald, C.K., y Lonni., S. (1999). Short screening for DSM-IV posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 156*, 908-911.

Brewin, C. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 373-393.

Brewin, C. R., Dalgleish, T., y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of post traumatic stress disorder. *Psychological Review, 103* (4), 670-686.

Brewin, C., Andrews, B., y Valentine, J. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68* (5), 748-766.

Brewin, C.R. (1995). *Cognitive aspects of social support processes. In T.S. Brugha (ed.), Social support and psychiatric disorder: Research findings and guidelines for clinical practice.* (pp. 96 – 116). Cambridge: CUP.

Brewin, C.R., Andrews, B., Rose., S., y Kirk, M. (1999). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *American Journal of Psychiatry, 156*, 360-366.

- Brewin, C.R., Christodoulides, J., y Hutchinson, G.(1996). Intrusive thoughts and intrusive memories in a nonclinical sample. *Cognition and Emotion*, 10, 107-112.
- Briere, J. (1997). Psychological assessment of adult posttraumatic states. Washington, D.C : American Psychological Association.
- Brom, D., y Kleber, R.J, y Hofman M. (1993). Victims of traffic accidents: Incidence and prevention of post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 49 (2), 131-140.
- Bryant, R.A. (2004). Assesing acute stress disorder. En J.P. Wilson y T.M. Keane (Eds.), *Assesing Psychological Trauma PTSD* (pp.45-60). New York: Guilford Press.
- Bryant, R.A., y Harvey A.G. (1998). Relationship of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 115, 215-220.
- Buckley, T., Blanchard, E., y Hickling, E. (1998). A confirmatory factor analysis of posttraumatic stress symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1091-1099.
- Buckley, T.C., y Kaloupek, D.G. (2001). A meta-analytic examination of basal cardiovascular activity in PTSD. *Psychosomatic Medicine*, 63, 585-594.
- Burgess, A., y Holstrom, L. (1974). Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 131, 981-986.
- Cabrera, L (2004). *El impacto de la masacre y juicio de Xamán*. Guatemala: Fundación Soros.
- Carlson, K.F., Nelson, D., Crazem, R.J., Nugent, S., Cifu, D.X., y Sayer, N.A. (2010). Psychiatric diagnoses among Iraq and Afghanistan war veterans screened for deployment-related traumatic brain injury. *Journal of Traumatic Stress*, 28 (1), 17-24.
- Carr, V.J., Lewin, T.J., Webster, R.A., y Kenardy, J. (1997) A synthesis of the findings from the Quake Impact Study: A two-year investigation of the psychosocial sequelae of the 1989 Newcastle Earthquake. *International Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 123-136.
- Cazabat, E., y Costa, E. (2000). Stress, ¿la sal de la vida?. *Avances en medicina ambulatoria, Sociedad Argentina de Medicina*, 117-125.

- Chalfant, A.M., Bryant, R.A., y Fulcher, G. (2004). Posttraumatic stress disorder following diagnosis of multiple sclerosis. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (5), 423-428.
- Chang, C.M., Connor, K.M., Lai, T.J., Lee, L.C., y Davidson, J.R.T (2005). Predictors of Posttraumatic Outcomes Following the 1999 Taiwan Earthquake. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (1), 40-46.
- Charcot, J. (1972). *L' hystérie chez l'homme*. Analectes. Paris : Théraplix.
- Cohen, H., Kotler, M., Matar, M.A., Kaplan, Z., Miodownik, H., y Cassuto, Y. (1997). Power spectral analysis of heart rate variability in posttraumatic stress disorder patients. *Biological Psychiatry*, 41, 627-629.
- Cohen, L., y Manion, L., 1990. *Métodos de investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
- Coid, J., Petruckevitch, A., y Chung, W.S. (2003). Abusive experiences and psychiatric morbidity in women primary care attenders. *British Journal of Psychiatry*, 183, 332-339.
- Cordova, M.J., Andrykowski, M.A., Kenady, D.E., Mcgrath, P.C., Sloan, D.A., y Redd, W.H. (1995). Frequency and correlates of posttraumatic-stress-disorder-like symptoms after treatment for breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63 (6), 981-986.
- Corral, P., Echeburúa, E., Sarasúa, B., y Zubizarreta, I. (1992). Estrés postraumático en excombatientes y en víctimas de agresiones sexuales: Nuevas perspectivas terapéuticas. *Boletín de Psicología*, 35, 7-24.
- Creamer, M., O'Donnell, M.L., y Pattison, P. (2004) The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in severely injured trauma survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 42(3), 315-328.
- Crespo, E. (1991). *Ilíada: Traducción y prólogo*. Madrid: Gredos.
- Crespo, M., y Gómez, M.M. (2003). Propuesta de un inventario para la evaluación y diagnóstico del trastorno de estrés postraumático. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 3 (3), 41-57.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16 (3), 297-334.
- Da Costa, J.M. (1871). On irritable heart. A clinical Study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *American Journal of Medicine and Sciences*, 61, 17-52.

- Dalgleish, T., Power, M. (2004). Emotion-specific and emotion-non-specific components of posttraumatic stress disorder (PTSD): implications for a taxonomy of related psychopathology. *Behaviour Research Therapy*, 4, 220-236.
- Davidson, J.R., Book, S.W., Colket, J.T., Tupler, L.A., Roth, S., y David, D. (1997). Assessment of a new self-rating scale for posttraumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27, 153-160.
- Davidson, J.R., Hughes, D., y Blazer, D.G. (1990). Traumatic experiences in psychiatric outpatients. *Trauma Stress*, 3, 459-475.
- Davidson, J.R., y Colket, J.T.(1997). The Eight-Item Treatment-outcome Posttraumatic Stress Disorder Scale: a brief measure to assess treatment outcome in Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Psychopharmacology*, 12, 41-45.
- Davidson,J.R., Malick, M.A., y Travers, J. (1997). Strutured Interview for PTSD (SIP): Psychometric Validation for DSM-IV Criteria. *Depression and Anxiety*, 5,127-129.
- De Bocanegra, H.T., y Brickman, E. (2004). Mental health impact of the World Trade Center attacks on displaced Chinese workers. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (1), 55-62.
- Derogatis, L.R. (2001). *Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R)*. Madrid.TEA.
- Derogatis,L.R.(1982).*Cuestionario breve de síntomas (BSI): Manual de administración, puntuación y procedimiento*. Johns Hopkins University School of Medicine: Clinical Psychometric Research.
- DiNardo, P.A., y Barlow, D.H. (1988). Anxiety Disoreders Interview Scale-Revised. Albany, NY: Center for Phobia and Anxiety Disorders.
- Duma, S.J., Reger, M.A., Canning, S.S., McNeil, D., y Gahm, G.A. (2010) Longitudinal Mental Health Screening Results Among Post-deployed US Soldiers Preparing to Deploy Again. *Journal of Traumatic Stress*, 23 (1), 52-58.
- Duncan, R.D., Saunders, B.E., Kilpatrick, D.G., Hanson, R.F., y Resnick, H.S. (1996). Childhood psysical assault as a risk factor for PTSD, depression, and sustance abuse: Findings from a national survey. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 437-448.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.

- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Sarasua, B., y Zubizarreta, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas del trastorno de estrés postraumático: Propiedades Psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Amor, P.J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24 (96), 527-555.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Amor, P.J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14 (supl.), 139-146.
- Echeburúa, E., y Corral, P. (1995). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología* (Vol.2). Madrid: Mc Graw-Hill.
- Ehlers, A., y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Elosúa, P. (2003). Sobre la validez de los test. *Psicothema*, 15 (2), 315-331.
- Erichsen, J. (1866). *On Railway and other Injuries of the Nervous System*. London: Maberly & Walton.
- Escalona, R., Tupler, L.A., Saur, C.D., Krishnan, K.R., y Davidson, J.R.T. (1997). Screening for Trauma History on an Inpatient affective-disorder unit: a pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 299-305.
- Fairbank, J.A., Schlenger, W.E., Saigh, P.A y Davidson, J.R.T. (1995). An epidemiologic profile of posttraumatic stress disorder: prevalence, comorbidity, and risk factors. En M.J. Friedman y D.S. Charney (Eds.), *Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to posttraumatic stress disorder* (pp. 415-427). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Falsetti, S.A., Resnick, H.S., Resick, P.A., y Kilpatrick, D.G. (1993). The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapist*, 17, 66-67.
- Favaro, A., Rodella, F.C., Colombo, G., y Santonostaso, P. (1999). Post-traumatic stress disorder and major depression among Italian Nazi concentration camp survivors: A controlled study 50 years later. *Psychological Medicine*, 29, 87-95.
- Feinstein, A.R. (1985). *Clinical Epidemiology*. Philadelphia: WB Saunders.
- Feinstein, A.R. (1985). *Clinical Epidemiology: The Architecture of Clinical Research*. W.B: Saunders Company.

- Foa, E.B., Tollin, D.F., Ehlers, A., Clark, D.M., y Orsillo, S.M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and Validation. *Psychological Assessment*, 11 (3), 303-314.
- Foa, E. B. y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20–35.
- Foa, E. B., y Riggs, D. S. (1995). Posttraumatic stress disorder following assault: Theoretical considerations and empirical findings. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 61-65.
- Foa, E., Davidson, J., y Frances, A. (1999). The Expert Consensus Guideline Series: treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 16, 4-76.
- Foa, E.B. (1995). *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS) Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L., y Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.
- Foa, E.B., Zinbarb, R., y Rothbaum, B.O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in posttraumatic stress disorder. An animal model. *Psychological Bulletin*, 112, 218-238.
- Freud, S. (1922). *Consideraciones actuales sobre la guerra y la muerte*. Obras completas. Volumen XI. Buenos Aires: Amorrortu. (Orig. 1908).
- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., y Vlahov, D. (2002). Psychological Sequelae of the September 11th Attacks in Manhattan, New York City. *New England Journal of Medicine*, 346, 982-987.
- García-Ortega, C., y Cozar-Murillo, V. (2001). Consentimiento informado: Fundamento ético y legal. *Todo Hospital* 2001, 177, 393-9.
- Gaup, R. (1916). Kriegsneurosen Zeitschrift für die gesamte. *Neurologie und Psychiatrie*, 34, 357-390.
- Ghafoori, B., Neria, Y., Olfson, M., Gameroff, M. J., y Lantigua, R. (2009). Screening of generalized anxiety disorder after terrorist attacks: A study in primary care. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 218–226.

- Gidron, Y., Gal, R., Freedman, S., Twiser, I., Lauden, A., Snir, Y., y Benjamin, J. (2001). Translating research findings to PTSD prevention: Results of a randomized-controlled pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 773-780.
- Golding, J. (1999). Intimate partner vilonce as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14 (2), 99-132.
- González, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A., Bousoño, M., Bobes, J., y Calcedo, A. (2000). Instrumentos de Evaluación. En J. Bobes, M. Bousoño, A. Calcedo y M.P. González (Eds.), *Trastorno de Estrés Postraumático* (pp. 137-165). Barcelona : Masson.
- Green, B.L. (1993). Trauma History Questionnaire. En B.H. Stamm y E.M. Varra (Eds.), *Instrumentation in stress, trauma and adaptation* (pp. 366-369). Northbrook, I.L: Research and Methodology Interest Group of the ISTSS.
- Hamilton, M. (1967). A rating scale for depresión. *British Journal of social and clinical psychology*, 6, 278-296.
- Harvey, A.G., y Bryant, R.A. (1998). Relationship of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 507-512.
- Harvey, A.G., y Bryant, R.A. (1999). A two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 985-988.
- Harvey, A.G., y Bryant, R.A. (2000). A two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 157, 626-628.
- Hays, R.D., Hayashi, T., y Carson, S.A. (1988). *User's guide for the multitrait analisis program*. California: Rand Corporation.
- Helzar, J.E., Robins, L.E., y Mc Evoy, L. (1987). Posttraumatic stress disorder in the general population. Findins of the Epidemiologic Catchment Area Survey. *England Journal of Medicine*, 317, 1630-1634.
- Herrero, C., y Garrido, E. (2002). Los efectos de la violencia sobre sus víctimas. *Psicothema*, 14, 109-117.
- Hickling, E.J., y Blanchard, E.B. (1992). Post-Traumatic Stress Disorder and motor vehicle accidents. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 285-291.

- Hidalgo, R., y Davidson, J. (2000). Posttraumatic stress disorder: Epidemiology and healthrelated considerations. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (suppl 7), 5-13.
- Hoge C. W., Castro C. A., Messer S. C., McGurk, D. Cotting, D. I., y Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*, 351, 13-22.
- Holeva, V., Tarrier, N., y Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. *Behavior Therapy*, 32, 65-83.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2^a ed.) Northvale: Jason Aronson.
- Jacobsen, L.K., Southwick, S.M., y Kosten, T.R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (8), 1184-90.
- Jakupcak, M., Osborne, T., Cook, J. W., Michael, S. T., y McFall, M. (2006). Implications of masculinegender role stress in male veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychology of Men and Masculinity*, 7, 203-211.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Jordan, B.K., Schlenger, W.E., Hough, R.L., Kulka, R.A., Weiss, D.S., Fairbank, J.A., y Marmar, C.E. (1991). Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls. *Archives of General Psychiatry*, 48, 207-215.
- Kang, H.K., Natelson, B.H., Mahan, C.M., Lee, K.Y., y Murphy, F.M. (2003). Post-traumatic stress disorder and chronic fatigue syndrome-like illness among Gulf War veterans: A population based survey of 30,000 veterans. *American Journal of Epidemiology*, 57, 141–148.
- Kardiner, A., y Spiegel, H. (1947). *War Stress and Neurotic Illness*. New York: Hoeber.
- Kassirer, J.P. (1989). Diagnostic Reasoning. *Annals of Internal Medicine*, 110, 893-895.
- Keane, T.M., Caddell, J.M., y Taylor, K.L (1988). Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 56(1), 85-90.
- Keane, T.M., Kolb, L.C., Kaloupek, D.G., Orr, S.P., Blanchard, E.B., y Thomas, R.G. (1998). Utility of psychophysiological measurement in the diagnosis of

posttraumatic stress disorder: Results from a Department of Veterans Affairs cooperative study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 914-923.

Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., y Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52 (12), 1048-1060.

Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R., y Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (7), 709-725.

Kessler, R.C., Hwang, I., La Brie, R., Petukhova, M., Sampson, N.A., Winters, K.C., y Shaffer, H.J. (2008). The prevalence and correlates of DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine* 38 (9), 1351-1360.

Kilpatrick, D., Resnick, H., y Freedy, J. (1991). *The potential stressful events interview*. Unpublished instrument.

King, D.W., King, L.A., Leskin, G.A., y Weathers, F.W. (1998). Confirmatory factor analysis of the Clinician-Administered PTSD Scale: Evidence for dimensionality of posttraumatic stress disorder. *Psychological Assessment*, 10 (2), 90-96.

Kraepelin, K. (1899). Zür Systematik der Solifugen. *Mittheilungen aus dem Naturhistorischen Museum*, 16, 195-258.

Kubany, E.S. (1995). *Traumatic Life Events Interview* (TLEI). Unpublished structured interview.

Kubany, E.S., Abueg, F.R., Brennan, J.M., Haynes, S.N., Manke, F.P., y Stahura, C. (1996). Development and Validation of the Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI). *Psychological Assessment*, 8 (4), 428-444.

Kubany, E.S., Leisen, M.B., Kaplan, A.S., Watson, S.B., Haynes, S.N., Owens, J.A., y Burns, K. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment*, 12, 210-224.

Kubany, E.S., Leisen, M.B., Kaplan, A.S., y Kelly, M.P. (2000). Validation of a brief measure os posttraumatic stress disorder. The Distressing Event Questionnaire (DEQ) *Psychological Assessment*, 2, 197-209.

- Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R., y Weiss, D.S. (1990). *Trauma and the Vietnam War Generation: report of the findings from the national veterans readjustment study*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Labrador, F.J., Fernández-Velasco, M.R., y Rincón. P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 22 (1), 99-105.
- Labrador, F.J., y Rincón, P.P., (2003). Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: evaluación de un programa de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 905-932.
- Landau, R., y Litwin, H. (2000). The effects of extreme early stress in very old age. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 473-487.
- Lang, A.J., Laffaye., C., Satz., L.E., Dresselhaus, T.R., y Stein, M.B. (2003). Sensitivity and specificity of the PTSD checklist in detecting PTSD in female veterans in primary care. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (3), 257-264.
- Lang, P. J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*, 8 (5), 862-886.
- Letourneau, E.J., Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., y Saunders, B.E. (1996). Comorbidity of sexual problems and posttraumatic stress disorder in female crime victims. *Behavior Therapy*, 27 (3), 321-336.
- Letourneau, E.J., Schewe, P.A., y Frueh, B.C. (1997). Preliminary evaluation of sexual problems in combat veterans with PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 10 (1), 125-132.
- Levendosky, A. A., y Graham-Bermann, S. A. (2000). Parenting in battered women: A trauma theory approach. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 3 (1), 25-36.
- Lévy Mangin, J.P. (2002) *Modelización y programación estructural con AMOS*. Madrid: Erica.
- Lopes Cardozo, B., Kaiser, R., Gotway, C.A., y Aguin, F. (2003). Mental health, social functioning, and feelings of hatred and revenge of Kosovar Albanians one year after the war in Kosovo. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (4), 351-60.
- López Ibor, J. (1942). *Neurosis de guerra (psicología de guerra)*. Barcelona: Científico Médica.

- Marshall, G.(2004). Posttraumatic Stress Disorder Symptom Checklist: Factor Structure and English-Spanish Measurement Invariance. *Journal of Traumatic Stress, 17* (3), 223-230.
- Martín, J. L., y De Paúl, J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema, 16*, 45-49.
- Marty, C., y Carvajal, C. (2005). Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 43*, 180-187.
- Mayfield, M.D., McLeod, M.S.W., y Hall, M.S.W. (1974). The Cage Questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *Journal of Psychiatry, 131* (10), 1121-123.
- Mayou, R., y Bryant, B. (2002). Psychiatry of whiplash neck injury. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 180*, 441-448.
- McFarlane, A.C. (2000). Posttraumatic Stress Disorder: A model of the Longitudinal Course and the role of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry, 61* (5), 15-20.
- McLeer, S.V., Deblinger, E., Henry, D., y Orvaschel, H. (1992). Sexually abused children at high risk for Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry, 31* (5), 875-879.
- McMillen, J., North, C., y Smith, E. (2000). What parts of PTSD are normal: Intrusion, Avoidance, or Arousal ?.Data from the Northridge, California, Earthquake. *Journal of Traumatic Stress, 13* (1), 220-241.
- Meichenbaum, D. (1994). *A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder*. Ontario: Institute Press.
- Meltzer-Brody, S., Churchill, E., y Davidson, J.R. (1999). Derivation of de SPAN, a brief diagnostic screening test for posttraumatic stress disorder. *Psychiatry, 88*, 63-70.
- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., González, H., y Galea, S. (2004). Consecuencias psicológicas de los atentados terroristas del 11-M en Madrid. Planteamiento general de los estudios y resultados en la población general. *Ansiedad y Estrés, 10*, 163-179.
- Milanak, M.E., y Berembaum, H. (2009). The relationship between PTSD symptom factors and emotion. *Journal of Traumatic Stress, 22* (2), 139-145.
- Mollica, R., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., y Lavelle, J. (1992). Harward Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for

measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous Mental Disease*, 180, 111-116.

Moreno-Jiménez, B. (1997). Evaluación cognitiva de la personalidad. En G. Buela-Casal y J.C. Sierra (Eds). *Manual de evaluación psicológica*. Barcelona: Siglo XXI.

Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos-Olmo, A.B., y De Vicente, A. (2002). Trastorno por estrés postraumático. En M. Muñoz, A. Roa, E. Pérez, A.B. Santos-Olmo y A. de Vicente (Eds.), *Instrumentos de evaluación en Salud Mental* (pp.111-117). Madrid: Pirámide.

Niederland, W. (1964). Psychiatric disorders among persecution victims. A contribution to the understanding of concentration pathology and its after-effects. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 139, 458-474.

Norris, F.H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting y Clinical Psychology*, 60, 409-418.

Norris, F.H., Friedman, M.J., Watson, P.J., Byrne, C.M., Diaz, E., y Kaniasty, K. (2002). 60.000 Disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65 (3), 207-239.

Norris, F.H., Murphy, A.D., Baker, C.K., y Perilla, J.L. (2004). Postdisaster PTSD over four waves of a panel study of Mexico's 1999 flood. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (4), 283-292.

Ocaña, J.C. (en línea). 2003. <http://www.historiasiglo20.org/GLOS/vietnam.htm>. (Consulta: 15 de diciembre de 2009).

Olivares, M.E., Sanz, A., y Roa., A. (2004). Trastorno de estrés postraumático asociado a cáncer: revisión teórica. *Ansiedad y Estrés*, 10 (1), 43-61.

Oppenheim, M. (1889). *Der traumatischen Neurosen*. Berlin: Hirschwald.

Orengo-García, F., Rodríguez, M., Lahera, G., y Ramírez, G. (2001). Prevalencia y tipos de trastorno por estrés postraumático en población general y psiquiátrica. *Psiquis*, 22 (4): 169-176.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor. (Orig.1992).

- Ouimette, P., y Brown, P.J. (2002). *Trauma and Substance abuse. Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Owens, G. P., Steger, M. F., Whitesell, A. A., y Herrera, C. J. (2009). Relationships among guilt, meaning in life, and posttraumatic stress disorder among veterans. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 654-657.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. y Weiss, D.S. (2003). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin, 129*, 52-73.
- Page, H. (1985): *Injuries of the Spine and Spinal Cord without apparent mechanical lesion*. London: J. & A. Churchill.
- Pastor, A., Navarro, E., Tomás, J.M., y Oliver, A. (1997). Efecto de método en escalas de personalidad: la escala de autoestima de Rosenberg. *Psicológica, 18*, 269-283.
- Pérez, C., Vicente, B., Zlotnick, C., Kohn, R., Johnson, J., Valdivia, S., y Rioseco, P. (2009). Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud Mental, 32* (2), 145-153.
- Poundja, J., Fikretoglu, D., y Brunet, A. (2006). The co-occurrence of posttraumatic stress disorder symptoms and pain: Is depression a mediator?. *Journal of Traumatic Stress, 19* (5), 747-751.
- Prieto, G., y Delgado, A. (2010). Fiabilidad y validez. *Papeles del psicólogo, 31* (1), 67-74.
- Putnam, J.J. (1883). Recent investigations into the pathology of so-called concussion of the spine. *Boston Medical and Surgical Journal, 109*, 217-220.
- Ramchand, R., Schell, T.L., Karney, B.R., Orsilla, K. C., Burns, R.M., y Caldarone, B.L. (2010). Disparate prevalence estimates of PTSD among service members who served in Iraq and Afghanistan: Possible explanations. *Journal of Traumatic Stress, 23* (1), 59-68.
- Resick, P.A. (1993). The Psychological Impact of rape. *Journal of interpersonal violence, 8*, 223-255.
- Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S., Saunders, B.E., y Best, C.L. (1993) Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a

- representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991.
- Richel, C., Gilbert-Dreyfus, C., Uzan, H., y Fichez, H. (1948). Les séquelles des états de misère psychologique. *Academy National. Medicine*, 132, 649-653.
- Riggs, D.S., Rothbaum, B.O., y Foa, E.B. (1995). A prospective examinations of symptoms of posttraumatic stress disorder in victims of nonsexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 201-214.
- Rincón, P. (2003). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención. Tesis Doctor. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología.
- Rincón, P.P., Labrador, F.J., Arinero, M. y Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 105-116.
- Robinson, J., Shaver, P., y Wrihtsman, L. (1991). *Measures of personality and social psychological attitudes*. Los Angeles : Academic Press.
- Rodríguez-Martos, A; Navarro, R.M; Vecino, C., y Pérez, R. (1986). Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol*, 11, 132-139.
- Rosen, R.C. y Leiblum, S.R. (1995). Treatment of Sexual Disorders in the1990: An Integrated Approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 877-890.
- Rosenberg, A. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton.
- Rothbaum, B.O., Foa, E.B., Riggs, D.S., Murdock, T.B., y Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-475.
- Sackett, L. D., y Sharon E. S. (2001). *Medicina Basada en la Evidencia. Cómo practicar y enseñar la MBE*. Madrid: Harcourt.
- Salokangasa, R.K., Vaahterab, K., Pacrievc, S., Sohlmand, B., y Lehtinend, V. (2002). Gender differences in depressive symptoms: An artefact caused by measurement instruments?. *Journal of affective disorders*, 68 (2), 215-220.
- Salvador, L., Romero, C., González, F. Guías para la descripción y la selección de instrumentos de evaluación en psiquiatría. En: A. Bulbena, G.A. Berrios y P. Fernández de Larrinoa P (Eds.), *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (pp. 15-34). Barcelona: Masson, 2000.

- Sanz, J., García Vera, M.P., Espinosa, R., Fortin, M., y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck- II (BDI-II). Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16, 121-142.
- Sanz, J., Navarro., M.E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck II (BDI-II). Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 29 (124), 239-288.
- Sanz, J., Perdigón, A.L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación Española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Sanz, J., y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9, 59-84.
- Schnurr, P. (2010). PTSD, 30 years on. *Journal of Traumatic Stress*, 23 (1), 220-240.
- Schnurr, P., y Spiro, A. (1999). Combat exposure, posttraumatic stress disorder symptoms, and health behaviours as predictors of self-reported physical health in older veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 353-359.
- Schnurr, P., Spiro, A., y Paris, A.H. (2000). Physician-diagnosed medical disorders in relations to PTSD symptoms in older male military veterans. *Health Psychology*, 19, 91-97.
- Schnyder, U., Moergeli, H., Klaghofer, R., y Buddeberg, C. (2001). Incidence and prediction of posttraumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims. *American Journal of Psychiatry*, 158, 549-599.
- Schnyder, U., Moergeli, H., Klaghofer, R., y Buddeberg, C. (2001). Incidence and prediction of posttraumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims. *American Journal of Psychiatry*, 158, 594-599.
- Seng, J.S., Graham-Bermann, S.A., Clark, M.K., McCarthy, A.M., y Ronis, D.L. (2006). PTSD and physical co-morbidity among child and adolescent females: Results from service use data. *Pediatrics*, 125-138.
- Serrano, A., Danilo, A., Ortiz, J., y Bohórquez, A. (2009). Frecuencia de las comorbilidades psiquiátricas del eje I en los pacientes con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático. *Revista Médica*, 17 (1), 202-235.

- Shelby, R.A., Golden-Kreutz, D.M., y Andersen, B.L. (2008). *PTSD diagnoses, subsyndromal symptoms, and comorbidities contribute to impairments for breast cancer survivors. Journal of Traumatic Stress, 21 (2), 165-172.*
- Spector, P.E. (1992). *Summated rating scale construction: an introduction.* Newbury Park, CA: Sage.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M., y First, M.B. (1990). *User's Guide for the structured Clinical Interview for DSM-III-R.* Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Staab, J.P., Grieger, T.A., Fullerton, C.S., y Ursano, R.J. (1996). Acute stress disorder, subsequent posttraumatic stress disorder and depresión after a series of typhoons. *Anxiety, 2, 219-225.*
- Stein, M.B., Walker, J.R., Hazen, A.L., y Forde, D.R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry, 154, 1114-1119.*
- Stephenson, K.L., Valentiner, D.P., Kumpula, M.J., y Orcutt, H.K. (2009). Anxiety sensitivity an posttrauma stress symptoms in female undergraduates following a campus shooting. *Journal of Traumatic Stress, 22 (6), 489-496.*
- Stewart, S. H., Ouimette, P., y Brown, P. J. (2002). Gender and the comorbidity of PTSD with substance use disorders. En R. Kimerling, P. Ouimette & J. Wolfe (Eds.), *Gender and PTSD* (pp. 232-270). New York: The Guilford Press.
- Stewart, S.H. (1997). Trauma memory and alcohol abuse: Drinking to forget? En J.D. Read y D.S. Lindsay (Eds.), *Recollections of Trauma: Scientific evidence and clinical practice* (pp. 461-467). New York: Plenum Press.
- Stewart, S.H., Conrod, P.J., Pihl, R.O., y Dongier, M. (1999). Relations between posttraumatic stress symptom dimensions and substance dependence in a community-recruited sample of substance-abusing women. *Psychology of Addictive Behaviors, 13, 78-88.*
- Suarez Falcón, J.C. (2001). Evaluación de la calidad métrica de los elementos del test: Análisis de los ítems. En M.J. Navas (Ed.), *Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológica.* Madrid: UNED.
- Targowla, R. (1968). Su rune forme du syndrome asthénique des déportès et prisonniers de la guerre 1939-1945. Le syndrome d'hypermnésie émotionnelle paroxystique tardif. *Presse Médecine., 58, 728-730.*

- Taylor, S., Kuch, K., Koch, W., Crockett, D., y Passey, G. (1998). *The structure of posttraumatic stress symptoms. Journal of Abnormal Psychology, 107* (1), 154-160.
- Tizón, J.L. (2004). Procesos de duelo y psicopatología. En J.L. Tizón, *Pérdida, pena duelo* (pp.336-406). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Uddin, M., Aiello, A.E., Wildman, D.E, Koenen, K.C., Pawelec, G., De los Santos, R., Goldmann, E., y Galea, S. (2010). Epigenetic and immune function profiles associated with posttraumatic stress disorder. *PNAS, 107*, 9470-9475.
- Udomratn, P. (2009). Prevalence of tsunami-related PTSD and MDD in Thailand. *Asian Journal of Psychiatry, 2* (4), 124-127.
- Ursano, R.J., Fullerton, C. S., Epstein, R.S., Crowley, B., Kao, T.C., Vance, K., Craig, K .J., Dougall, A.L., y Baum, A. (1999). Acute and chronic posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *The American journal of psychiatry, 156* (4), 589-95.
- Vázquez, C., (2005). Reacciones de estrés en la población general tras los ataques terroristas del 11S (USA) y del 11M (Madrid): Mitos y realidades. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 1*, 9-25.
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P., y Matt, G. (2006). Post-Traumatic stress reactions following the Madrid March 11, terrorist attacks: A cautionary note about the measurement of psychological trauma. *Spanish Journal of Psychology, 9*, 161-174.
- Vlahov, D., Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Boscarino, J.A., Gold, J., Bucuvalas, M., y Kilpatrick, D. (2004). Consumption of cigarettes, alcohol and marijuana among New York residents six months after the September 11 terrorist attacks. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 30*, 1-23
- Vrana,S., y Lauterbach, D. (1994). Prevalence of Traumatic of Events and Posttraumatic Psychological Symptoms in a non Clinical sample of College Students. *Journal of Traumatic Stress, 7*, 289-302.
- Wacker, H.R., Mulleijans, R., y Klein, K.H. (1992). Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD-10 and DSM-III-R by using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 2* (2), 91-100.
- Walton, G. L. (1883). Possible cerebral origin of the symptoms usually classed under 'railway spine'. *Boston Medical and Surgical. Journal, 9*, 337-340.

- Wang, L., Zhang, Y., Wang, W., Shi, Z., Shen, J., Li, M., y Xin, Y. (2009). Symptoms of posttraumatic stress disorder among adult survivors three months after the Sichuan earthquake in China. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (5), 444-450.
- Ward, R.A. (1977). Aging group consciousness. Implication in an older sample. *Social Research*, 61, 49-519.
- Weathers, F.W., Litz, B.T., Huska, J.A., y Keane, T.M. (1994). *The PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C)*. Boston: National Center for PTSD.
- Weiss, D.S., y Marmar, C.R. (1996). The impact of event scale-revised. En: Wilson, J., Keana, T.M (Eds), *Assesing Psichological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.
- Williams, M.B., y Somers, J. (2002). *Simple and complex PTSD*. New York: Haworth Press.
- Wilson, J.P., Friedman, M.J., y Lindy, J.D. (2001). *Treating psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.
- Wilson, J.P., y Keane, T.M. (2004). *Assesing Psychological Trauma PTSD*. New York: Guilford Press.
- Woods, S. (2000). Prevalence and patterns of posttraumatic stress disorder in abused and postabused women. *Issues Mental Health Nursing*, 21 (3), 309-324.
- Yasan, A., Saka, G., Ozkan, M., y Ertem, M. (2009). Trauma type, gender, and risk of PTSD in a region within an area of conflict. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (6), 663-666.
- Yerushlamy, J. (1947). Statistical problems in assessing methods of medical diagnosis. *Public Health Reports*, 62, 1432-1449.
- Zimmerman, M. (1994). *Interview Guide for Evaluating DSM-IV Psychiatric Disorders and the Mental Status Examination*. Philadelphia: Psych Press Products.
- Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., Corral, P., Sauca, D., y Emparanza, I. (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa, *Personalidades Violentas* (pp. 129-152). Madrid: Pirámide.

ANEXOS

Anexo 1. Estudio de acontecimientos traumáticos a incluir en la EGEP.

La información relativa a este Anexo se puede encontrar en el siguiente enlace:

<http://www.web.teaediciones.com/EGEP--Evaluacion-Global-del-Estres-Postrumatico.aspx>

Anexo 2. Versión inicial de la EGEP.

La información relativa a este Anexo se puede encontrar en el siguiente enlace:

<http://www.web.teaediciones.com/EGEP--Evaluacion-Global-del-Estres-Postrumatico.aspx>

Anexo 3. Cuestionario de evaluación de expertos.

Estimado compañero:

Estamos desarrollando una escala de evaluación para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEP), la Escala de Evaluación Global del Estrés Postraumático (EGEP). Se trata de un instrumento de evaluación autoaplicado para adultos, destinado a su utilización con poblaciones con riesgo de TEP. Los objetivos del instrumento son:

- Diagnóstico rápido del TEP de acuerdo con los criterios diagnósticos DSM-IV.
- Especificación del tipo de TEP.
- Estimación de la severidad de los síntomas del TEP y del grado de alteración producido por el trastorno.

La escala que hemos construido consta de tres partes. La sección 1, en la que se especifican los acontecimientos traumáticos sufridos por el sujeto, así como las características de los mismos y la respuesta del sujeto ante ellos (Criterio A). La sección 2, en la que se evalúa la sintomatología del paciente relacionada con los acontecimientos traumáticos sufridos (Criterios B, C, D y E). Y la sección 3, en la que se valora el grado de alteración en el funcionamiento del sujeto producido por los síntomas (Criterio F).

En la actualidad nos encontramos en la fase de desarrollo inicial de la escala y nos gustaría contar con su colaboración como experto para la revisión del instrumento. Para ello, a continuación se incluye una copia de la EGEP, sección a sección. Tras cada una de las secciones se incluye un cuestionario de valoración de distintos aspectos de la sección. Asimismo, al final se incluye una hoja de valoración global de la escala.

Le rogamos cumplimente cada una de las hojas de evaluación. Su información nos será de gran utilidad en el desarrollo y validación del instrumento, por lo que AGRADECEMOS DE ANTEMANO SU COLABORACIÓN.

Fdo. María Crespo L. – Directora del proyecto

OPINIÓN GENERAL SOBRE LA PRUEBA

A continuación le pedimos su opinión global sobre la EGEP. Por favor, responda a las siguientes cuestiones acerca de ella:

¿Existen unas instrucciones o un apartado equivalente en el que se especifican claramente el modo de cumplimentación y el marco temporal?

1 No, en absoluto

2 Incompleto

3 Aceptable

4 Muy completo

Teniendo en cuenta otros instrumentos similares, ¿es éste un instrumento de fácil uso en cuanto a la comprensión, cumplimentación, tiempo de administración y sistema de obtención de los resultados?

1 No, en absoluto

2 Regular

3 Aceptable

4 Muy adecuado

¿Es este instrumento adecuado en cuanto a su longitud?

1 No, en absoluto

2 Regular

3 Aceptable

4 Muy adecuado

¿Se trata de un instrumento relevante?

1 No, en absoluto

2 Regular

3 Aceptable

4 Muy relevante

¿El instrumento se adecua a los objetivos de partida?

1 No, en absoluto

2 Regular

3 Aceptable

4 Muy adecuado

¿El instrumento cubre adecuadamente las dimensiones que pretende evaluar?

- Diagnóstico TEP (criterios DSM-IV)

1 No, en absoluto

2 Regular

3 Aceptable

4 Muy adecuado

- Especificación tipo TEP

1 No, en absoluto

2 Regular

3 Aceptable

4 Muy adecuado

- Estimación severidad síntomas

1 No, en absoluto

2 Regular

3 Aceptable

4 Muy adecuado

- Sugerencias y propuestas de mejora
-
-

Anexo 4. Versión final de la EGEP.

La información relativa a este Anexo se puede encontrar en el siguiente enlace:

<http://www.web.teaediciones.com/EGEP--Evaluacion-Global-del-Estres-Postrumatico.aspx>

Anexo 5. Material para el contacto con centros y captación de participantes.



ESTAMOS REALIZANDO UN ESTUDIO CON PERSONAS QUE HAYAN VIVIDO DIRECTAMENTE O A TRAVÉS DE OTRA PERSONA ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES (accidentes laborales y de tráfico, actos terroristas, maltrato, abuso sexual, acoso, catástrofes naturales, etc...).

SI ESTA ES TU SITUACIÓN Y TE APETECE COLABORAR EN EL ESTUDIO **TE ESPERAMOS** EN EL DESPACHO **1218 E** EN EL SIGUIENTE HORARIO:

- LUNES, MARTES Y MIÉRCOLES : 13:00 A 15:00
- JUEVES Y VIERNES : 15:00 A 17:00

Estudio y análisis de Víctimas de Acontecimientos Traumáticos

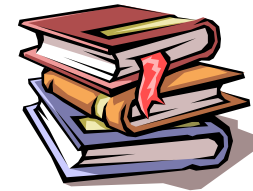
Aunque las reacciones psicológicas que se pueden presentar después de vivir un acontecimiento traumático han sido descritas desde antiguo, el análisis científico es muy reciente. La sintomatología que se presenta con mayor frecuencia en víctimas de diversas situaciones críticas es descrita por el denominado Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

Los instrumentos de evaluación psicológica con los que actualmente contamos para evaluar el TEPT presentan determinados problemas, tales como no estar validados con población Española, que ponen en entredicho la idoneidad de su utilización. En la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid y con la colaboración de la Comunidad Autónoma de Madrid, se está llevando a cabo un proyecto que pretende estudiar a fondo el TEPT.

El **objetivo general** de este estudio es desarrollar y validar, en muestras sometidas a distintos tipos de situaciones traumáticas, un instrumento de evaluación autoaplicado que permita el diagnóstico y caracterización del TEPT en adultos.

Para poder llevar a cabo este proyecto es necesaria la **participación voluntaria** de víctimas de acontecimientos traumáticos que cumplan los siguientes requisitos:

- Mayor de 18 años
- Haber sufrido el acontecimiento al menos un mes antes de la evaluación
- Manejo de castellano escrito y hablado
- Ausencia de deterioro cognitivo o trastorno psicótico en el momento de la evaluación



¿En qué consiste la evaluación?

Las personas que voluntariamente deseen participar en el estudio, cumplimentarán unos cuestionarios (duración: 45 minutos) y se les hará una entrevista (duración: 15 minutos). Por lo tanto la duración total de la evaluación es de 60 minutos aproximadamente.

Para llevar a cabo la evaluación exclusivamente será necesaria una sala donde el participante y el entrevistador puedan charlar tranquilamente.

Los resultados de la evaluación son confidenciales y se tratarán en todo momento según lo establecido en el Código Deontológico del Psicólogo.

DIRECCIÓN Y TELÉFONOS DE CONTACTO.

✉ M^a del Mar Gómez Gutiérrez
Facultad de Psicología de la UCM
Dpto. de Psicología Clínica
Campus de Somosaguas s/n
28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid)

☎ 91.394.31.33 / 660453205

E-mail : mmgg14@hotmail.com
mcrespo@psi.ucm.es

UCM
UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

Elaborado por M^a del Mar Gómez Gutiérrez

Dpto. de Psicología Clínica



**Estudio y análisis de Víctimas de
Acontecimientos Traumáticos**

Anexo 6. Consentimiento informado e informe resumen de resultados.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Evaluación de las consecuencias psicológicas de acontecimientos traumáticos.

Yo, con DNI por la presente hago constar que se me ha explicado satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de este estudio para el que se pide mi participación. En concreto el estudio tiene como objetivo evaluar las consecuencias psicológicas que pueden presentar las personas después de haber vivido, presenciado o haber tenido conocimiento de un acontecimiento traumático, con el fin de desarrollar y validar con población española un instrumento de evaluación del Trastorno de Estrés Postraumático.

Además se me ha explicado que los resultados de este estudio se divulgarán entre la comunidad científica.

Comprendo perfectamente que la prueba va a consistir en:

Cumplimentar una serie de cuestionarios y realizar una entrevista de manera individual con un psicólogo vinculado al proyecto arriba mencionado de la facultad de Psicología de la Universidad Complutense.

No se empleará ni el nombre del participante ni ningún otro dato que facilite nuestra identificación.

Además, he tenido ocasión de aclarar las dudas que me han surgido.

En estas condiciones, doy mi consentimiento para que se me realice la evaluación descrita arriba por parte de los profesionales que la llevan a cabo. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización de la evaluación.

Firma del participante y Fecha.

RESUMEN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA EVALUACIÓN.

Participante:

Fecha de evaluación:

Evaluador:

	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
EGEP	<u>Criterio A: características del acontecimiento</u> Tipo Gravedad Aparición, duración Vivencia Implicaciones	
	<i>Sintomatología</i>	
	<u>Criterio B: reexperimentación</u> Nº de síntomas (0-5) Gravedad (0-20)	
	<u>Criterio C: evitación</u> Nº de síntomas (0-7) Gravedad (0-28)	
	<u>Criterio D: hiperactivación</u> Nº de síntomas (0-5) Gravedad (0-20)	
	<u>Pensamientos postraumáticos (0-9)</u>	
	<u>Criterio F: deterioro en el funcionamiento</u> Nº de síntomas (0-7) Diagnóstico:	
	BDI-2 (0-63)	
	BAI (0-63)	
	Escala de Autoestima de Rosenberg (10-40)	

	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
	CAGE (0-4)	
	BSI Somatización (0-28) Obsesión-compulsión (0-24) Sensibilidad interpersonal (0-16) Depresión (0-24) Ansiedad (0-24) Hostilidad (0-20) Ansiedad fóbica (0-20) Ideación paranoide (0-20) Psicoticismo (0-20)	
	CIDI	
	<u>Criterio B: reexperimentación</u>	
	<u>Criterio C: evitación</u>	
	<u>Criterio D: hiperactivación</u>	
	<u>Criterio F: deterioro en el funcionamiento</u>	

Anexo 7. Instrumentos autoaplicados.



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Proyecto EGEp

INSTRUMENTOS AUTOAPLICADOS

A lo largo de la vida muchas personas sufren acontecimientos que se encuentran fuera del rango habitual de las experiencias humanas y que pueden ser altamente angustiantes para casi todo el mundo. Con el apoyo de la Universidad Complutense de Madrid estamos llevando a cabo un estudio sobre las distintas reacciones que tienen aquellas personas que pueden haberse visto expuestas a alguno de estos acontecimientos altamente estresantes a lo largo de su vida. Para la realización del estudio estamos aplicando una batería de pruebas y una entrevista a distintos grupos de la población general. Por este motivo solicitamos su colaboración.

La información que proporcione en todas las pruebas es absolutamente confidencial y no le compromete a nada. Si tiene alguna pregunta no dude en acudir a nuestros colaboradores. MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACION.

Por favor, pase la hoja y responda las preguntas que se presentan a continuación, siguiendo las instrucciones que se proporcionan para cada una de las pruebas.

ID

A. DATOS PERSONALES.

A1 SEXO

- ☐ Varón
- ☐ Mujer

A2 EDAD _____

A3 EN LA ACTUALIDAD ESTÁ USTED

- ☐ Soltero/a
- ☐ Casado/a o conviviendo con su pareja
- ☐ Separado/a o divorciado/a
- ☐ Viudo/a

A4 NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS TERMINADOS

- ☐ Sin estudios
- ☐ Elemental/EGB
- ☐ ESO /BUP/COU/FP
- ☐ Universitarios
- ☐ Doctorado

A5 SITUACIÓN LABORAL ACTUAL

- ☐ Trabajador/a a tiempo completo (por cuenta ajena o autónomo)
- ☐ Trabajador/a a tiempo parcial (por cuenta ajena o autónomo)
- ☐ Parado/a
- ☐ Ama de casa
- ☐ Jubilado/a
- ☐ Discapacitado
- ☐ Estudiante

A6 NACIONALIDAD _____

La información relativa a este Anexo se puede encontrar en el siguiente enlace:

<http://www.web.teaediciones.com/EGEP--Evaluacion-Global-del-Estres-Postrumatico.aspx>

C. BDI

Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en que se ha sentido durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de la elección.

1. Tristeza
 - 0 No me siento triste habitualmente
 - 1 Me siento triste gran parte del tiempo
 - 2 Me siento triste continuamente
 - 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
2. Pesimismo
 - 0 No estoy desanimado sobre mi futuro
 - 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes
 - 2 No espero que las cosas mejoren
 - 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán
3. Sentimientos de fracaso
 - 0 No me siento fracasado
 - 1 He fracasado más de lo que debería
 - 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso
 - 3 Me siento una persona totalmente fracasada
4. Pérdida de placer
 - 0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes
 - 1 No disfruto de las cosas tanto como antes
 - 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba
 - 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba
5. Sentimientos de culpa
 - 0 No me siento especialmente culpable
 - 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho
 - 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
 - 3 Me siento culpable constantemente
6. Sentimientos de castigo
 - 0 No siento que esté siendo castigado
 - 1 Siento que puedo ser castigado
 - 2 Espero ser castigado
 - 3 Siento que estoy siendo castigado
7. Insatisfacción con uno mismo
 - 0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo
 - 1 He perdido confianza en mí mismo
 - 2 Estoy decepcionado conmigo mismo
 - 3 No me gusta
8. Auto-críticas
 - 0 No me critico o me culpo más que antes
 - 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser
 - 2 Critico todos mis defectos
 - 3 Me culpo por todo lo malo que sucede
9. Pensamientos o Deseos de Suicidio
 - 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio
 - 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo
 - 2 Me gustaría suicidarme
 - 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad
10. Llanto
 - 0 No lloro más de lo que solía hacerlo
 - 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
 - 2 Lloro por cualquier cosa
 - 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo
11. Agitación
 - 0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre
 - 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre
 - 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto
 - 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo
12. Pérdida de interés
 - 0 No he perdido el interés por otras personas o actividades
 - 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades
 - 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas
 - 3 Me resulta difícil interesarme en algo
13. Indecisión
 - 0 Tomo decisiones más o menos como siempre
 - 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre
 - 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre
 - 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión
14. Inutilidad
 - 0 No me siento inútil
 - 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser
 - 2 Me siento inútil en comparación con otras personas
 - 3 Me siento completamente inútil

15. Pérdida de energía
- 0 Tengo tanta energía como siempre
 - 1 Tengo menos energía de la que solía tener
 - 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas
 - 3 No tengo suficiente energía para hacer nada
16. Cambios en el patrón de sueño
- 0 No he experimentado ningún cambio en el patrón de sueño
-
- 1a Duermo algo más de lo habitual
 - 1b Duermo algo menos de lo habitual
-
- 2a Duermo mucho más de lo habitual
 - 2b Duermo mucho menos de lo habitual
-
- 3a Duermo la mayor parte del día
 - 3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
17. Irritabilidad
- 0 No estoy más irritable de lo habitual
 - 1 Estoy más irritable de lo habitual
 - 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual
 - 3 Estoy irritable continuamente
18. Cambios de apetito
- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito
-
- 1a Mi apetito es algo menor de lo habitual
 - 1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual
-
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes
 - 2b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual
-
- 3a He perdido completamente el apetito
 - 3b Tengo ganas de comer continuamente
19. Dificultad de concentración
- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre
 - 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
 - 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo
 - 3 No puedo concentrarme en nada
20. Cansancio o fatiga
- 0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre
 - 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre
 - 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer
 - 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer
21. Pérdida de interés en el sexo
- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 - 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar
 - 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora
 - 3 He perdido completamente mi interés por el sexo

D. BAI

A continuación hay una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Léalos atentamente e indique el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la ÚLTIMA SEMANA, rodeando con un círculo el número correspondiente.

0 = En absoluto.
1 = Levemente, no me molesta mucho.
2 = Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo.
3 = Gravemente, casi no podía soportarlo

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Gravemente
1. Hormigueo o entumecimiento.	0	1	2	3
2. Sensación de calor.	0	1	2	3
3. Debilidad en las piernas.	0	1	2	3
4. Incapacidad para relajarme.	0	1	2	3
5. Miedo a que suceda lo peor.	0	1	2	3
6. Mareos o vértigos.	0	1	2	3
7. Palpitaciones o taquicardia.	0	1	2	3
8. Sensación de inestabilidad.	0	1	2	3
9. Sensación de estar aterrorizado.	0	1	2	3
10. Nerviosismo.	0	1	2	3
11. Sensación de ahogo.	0	1	2	3
12. Temblor de manos.	0	1	2	3
13. Temblor generalizado o estremecimiento.	0	1	2	3
14. Miedo a perder el control.	0	1	2	3
15. Dificultad para respirar.	0	1	2	3
16. Miedo a morir.	0	1	2	3
17. Estar asustado.	0	1	2	3
18. Indigestión o molestias en el abdomen.	0	1	2	3
19. Sensación de irme a desmayar.	0	1	2	3
20. Rubor facial.	0	1	2	3
21. Sudoración (no debida al calor).	0	1	2	3

E. ESCALA DE ROSENBERG

Por favor, conteste a los siguientes ítems *rodeando con un círculo* la respuesta que considere más adecuada:

<p>1 = Muy de acuerdo 2 = De acuerdo 3 = En desacuerdo 4 = Muy en desacuerdo</p>
--

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás

1	2	3	4
<hr/>			
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

2. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado

1	2	3	4
<hr/>			
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

3. Creo que tengo varias cualidades buenas

1	2	3	4
<hr/>			
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente

1	2	3	4
<hr/>			
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí

1	2	3	4
<hr/>			
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo

1	2	3	4
<hr/>			
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo

1	2	3	4
<hr/>			
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

8. Desearía valorarme más a mí mismo

1	2	3	4
<hr/>			
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

9. A veces me siento verdaderamente inútil

1	2	3	4
<hr/>			
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

10. A veces pienso que no sirvo para nada

1	2	3	4
<hr/>			
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

F. CAGE

1	¿HA PENSADO ALGUNA VEZ QUE TIENE QUE DISMINUIR EL CONSUMO DE BEBIDA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2	¿SE ENFADA SI LA GENTE LE CRITICA EL HECHO DE QUE BEBA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3	¿ALGUNA VEZ SE HA SENTIDO MAL O CULPABLE POR BEBER?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4	¿ALGUNA LO PRIMERO QUE HA HECHO POR LA MAÑANA HA SIDO BEBER PARA CALMAR LOS NERVIOS O PARA HACER DESAPARECER UNA RESACA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

G. BSI

Seguidamente hay una lista de problemas y situaciones que la gente tiene en ocasiones. Por favor, léalas con cuidado y escoja uno de los números que describe mejor hasta qué punto se ha sentido afectado por este problema DURANTE EL ÚLTIMO MES. Escoja sólo un número por cada problema y no omita ninguna pregunta. Si cambia de opinión borre su primera selección por completo antes de escoger la nueva. Lea el ejemplo antes de empezar y si tiene alguna, pregunta por favor diríjalo al técnico. Muchas gracias por su colaboración.

EJEMPLO Hasta qué punto se ha sentido afectado por :	NADA	UN POCO	MODERADA MENTE	BASTANTE	MUCHO
1. Dolores en el cuerpo	0	1	2	3	4

Hasta qué punto se ha sentido afectado por :	NADA	UN POCO	MODERA- DAMENTE	BASTANTE	MUCHO
1. Nerviosismo o inquietud interior.	0	1	2	3	4
2. Desmayos o mareos.	0	1	2	3	4
3. La idea de que alguien puede controlar sus pensamientos.	0	1	2	3	4
4. Sentir que los demás son culpables de muchos de sus problemas.	0	1	2	3	4
5. Dificultad para recordar cosas.	0	1	2	3	4
6. Encontrarse fácilmente molesto o irritado.	0	1	2	3	4
7. Dolores en el pecho o en el corazón.	0	1	2	3	4
8. Sentir miedo de espacios abiertos o en las calles.	0	1	2	3	4
9. Pensamientos de acabar con su vida.	0	1	2	3	4
10. Sentir que no se puede confiar en mucha gente.	0	1	2	3	4
11. Poco apetito.	0	1	2	3	4
12. Encontrarse asustado de repente sin razón.	0	1	2	3	4
13. Cambios de genio que no puede controlar.	0	1	2	3	4
14. Sentirse sólo, incluso cuando está con gente.	0	1	2	3	4
15. Sentirse bloqueado para terminar cosas.	0	1	2	3	4
16. Sentir soledad.	0	1	2	3	4
17. Sentirse triste.	0	1	2	3	4
18. Desinterés por las cosas.	0	1	2	3	4
19. Sentirse temeroso.	0	1	2	3	4
20. Ser fácilmente heridos sus sentimientos.	0	1	2	3	4
21. Sentir que la gente no es amistosa o usted no les gusta.	0	1	2	3	4
22. Sentirme inferior a los demás.	0	1	2	3	4

Hasta qué punto se ha sentido afectado por :	NADA	UN POCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	MUCHO
23. Náuseas o molestias en el estómago.	0	1	2	3	4
24. Sentirse observado o que hablan de usted.	0	1	2	3	4
25. Tener dificultad para conciliar el sueño.	0	1	2	3	4
26. Tener que revisar o volver a comprobar lo que hace.	0	1	2	3	4
27. Dificultad en tomar decisiones.	0	1	2	3	4
28. Miedo a viajar en autobús, metro o tren.	0	1	2	3	4
29. Dificultad para respirar.	0	1	2	3	4
30. Sensaciones repentinas de calor o frío.	0	1	2	3	4
31. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le asustan.	0	1	2	3	4
32. Quedarse con la mente en blanco.	0	1	2	3	4
33. Adormecimientos u hormigueos en algunas partes de su cuerpo.	0	1	2	3	4
34. Ideas de que debiera ser castigado por sus pecados.	0	1	2	3	4
35. Sensaciones de desesperanza ante el futuro.	0	1	2	3	4
36. Problemas de concentración.	0	1	2	3	4
37. Sensación de debilidad en partes de su cuerpo.	0	1	2	3	4
38. Sensación de tensión o excitación.	0	1	2	3	4
39. Pensamientos de muerte o agonía.	0	1	2	3	4
40. Tener impulsos de pegar, herir o dañar a alguien.	0	1	2	3	4
41. Tener impulsos de romper o destrozar cosas.	0	1	2	3	4
42. Sentirse muy cohibido con los demás.	0	1	2	3	4
43. Sentirse incómodo cuando hay mucha gente.	0	1	2	3	4
44. No sentirse nunca cercano con otra persona.	0	1	2	3	4
45. Tener momentos de terror o pánico.	0	1	2	3	4
46. Enzarsarse con frecuencia en discusiones.	0	1	2	3	4
47. Sentirse nervioso cuando se queda sólo.	0	1	2	3	4
48. Que los demás no valoran en su medida sus logros.	0	1	2	3	4
49. Sentirse tan inquieto que no podía permanecer sentado.	0	1	2	3	4
50. Sentimientos de inutilidad.	0	1	2	3	4
51. Sentir que otros se aprovecharán de usted si se lo permite.	0	1	2	3	4
52. Sentimientos de culpa.	0	1	2	3	4
53. La idea de que tiene algún problema mental.	0	1	2	3	4

Anexo 8. Instrumentos heteroaplicados.



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Proyecto EGE

ENTREVISTA DIAGNOSTICA INTERNACIONAL COMPUESTA (CIDI)

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR/A:

Antes de comenzar la entrevista, ha de recoger la Batería de Instrumentos de Evaluación Autoaplicados, preguntando al sujeto si ha tenido algún problema y resolviendo cualquier duda que le haya podido surgir.

Una vez recogida la batería se le asigna un código, que se indica en la casilla correspondiente de su primera página. El mismo código se anota en la casilla correspondiente del formato de entrevista CIDI.

No olvide cumplimentar los datos que se solicitan en el recuadro inferior de esta misma página.

ID

FECHA ENTREVISTA / /

ENTREVISTADOR/A

Nº

CENTRO

Nº

PT10A
PT4A1

K22 Ahora quisiera preguntarle sobre sucesos extremadamente estresantes o perturbadores que a veces le ocurren a las personas. (ENTREGUELE LA TARJETA K1 AL ENTREVISTADO). Algunos sucesos de ese tipo están enumerados en la TARJETA K1.

PREGUNTE K22.1-K22.11. CODIFIQUE EN LA COLUMNA 1

	COL. I		COL. II PEOR SUCESO	
	NO	SI	NO	SI
1. ¿Alguna vez tuvo una experiencia de combate directo en una guerra?	1	5	1	5
2. ¿Alguna vez estuvo en un accidente en el cual su vida corriera peligro?	1	5	1	5
3. ¿Alguna vez estuvo en un fuego, inundación u otro desastre natural?	1	5	1	5
4. ¿Alguna vez vio cuando alguien fue herido de gravedad o muerto?	1	5	1	5
5. Alguna vez lo(la) violaron, es decir, alguien tuvo relaciones sexuales con usted en contra de su voluntad, amenazándolo(a) o usando la fuerza?	1	5	1	5
6. ¿Alguna vez le molestaron sexualmente, es decir, alguien lo(la) tocó o le palpó sus genitales sin que usted quisiera?	1	5	1	5
7. ¿Alguna vez, lo(la) han atacado o golpeado fuertemente?	1	5	1	5
8. ¿Alguna vez lo(la) amenazaron con un arma, mantuvieron cautivo(a) o secuestrado(a)?	1	5	1	5
9. ¿Alguna vez ha sido torturado(a) o ha sido víctima de terroristas?	1	5	1	5
10. ¿Alguna vez ha pasado por cualquier otro suceso extremadamente estresante o perturbador?	1	5	1	5

SI RESPONDE SI, PREGUNTE: Dígame brevemente, ¿cuál fue la experiencia más estresante o perturbadora de esta clase que alguna vez le ocurrió a usted?

DESCRIPCION: _____

SI LOS OTROS SUCECOS EN EL 10 SON SOLAMENTE PERDIDAS DE SERES QUERIDOS, ENFERMEDADES CRONICAS, PERDIDAS DE NEGOCIOS, CONFLICTOS FAMILIARES O MATRIMONIALES, LIBROS, PELICULAS O TV, CODIFIQUE 1. CUALQUIER OTRA RESPUESTA, CODIFIQUE 5.

11. ¿Alguna vez ha recibido un impacto emocional fuerte porque alguno de los sucesos en la lista le pasó a una persona allegada a usted?	1	5	1	5
--	---	---	---	---

SI RESPONDE SI, PREGUNTE: Dígame brevemente, ¿cuál fue el suceso que usted encontró más estresante o perturbador cuando le ocurrió a alguien allegado a usted? DESCRIPCION: _____

SI LOS OTROS SUCESOS EN EL 11 SON SOLAMENTE PERDIDAS DE SERES QUERIDOS, ENFERMEDADES CRONICAS, PERDIDAS DE NEGOCIOS, CONFLICTOS FAMILIARES O MATRIMONIALES, LIBROS, PELICULAS O TV, CODIFIQUE 1. CUALQUIER OTRA RESPUESTA, CODIFIQUE 5.

SI NO SE CODIFICO ALGUN 5 DE LA COL. I, :
- TERMINE LA ENTREVISTA

SI SOLO SE CODIFICO UN 5 EN LA COL. I, CODIFIQUE 5 PARA ESE SUCESO EN LA COL. II Y PREGUNTE K22A.1. CUALQUIER OTRA RESPUESTA, PASE A K22A.2

- K22A 1. Usted mencionó que había tenido experiencias como (SUCESOS CODIFICADOS 5 EN LA COL. I). ¿Le sucedió esto sólo una vez en la vida o más de una vez? SI UNA VEZ, PASE A LA K22B. CUALQUIER OTRA RESPUESTA, PREGUNTE: De estas veces, ¿fue una más estresante o perturbadora que las demás? PASE A LA K22B.
2. Usted mencionó que había tenido experiencias como (SUCESOS CODIFICADOS 5 EN LA COL. I). De estos sucesos, ¿cuál fue el más estresante o perturbador? CODIFIQUE 5 PARA ESE SUCESO EN LA COL. II.

K22B PARA EL SUCESO CODIFICADO 5 EN LA COL. II, PREGUNTE: ¿Qué edad tenía usted cuando (EL SUCESO) pasó? EDAD: ____/____

PT4A2	K22C	PARA EL SUCESO CODIFICADO 5 EN LA COL. II, PREGUNTE: Cuando sucedió, ¿se sintió aterrorizado(a)?	NO.....1 SI.....5
PT4A2	K22D	PARA EL SUCESO CODIFICADO 5 EN LA COL. II, PREGUNTE: Cuando (EL SUCESO) pasó, ¿se sintió indefenso(a)?	NO.....1 SI.....5

Ahora me gustaría preguntarle sobre lo que le pasó después de haber tenido la experiencia estresante o perturbadora.

PREGUNTE K23 HASTA LA K45 PARA EL SUCESO CODIFICADO 5 EN LA COL. II.

PT10B PT4B1	K23	¿Seguía recordando (EL SUCESO) aún cuando no quería hacerlo?	NO.....1 SI.....5
PT10B PT4B2	K24	Luego del suceso, ¿le seguían dando pesadillas o sueños malos sobre el asunto?	NO.....1 SI.....5
PT10B PT4B3	K25	¿Actuaba o se sentía usted de momento como si el (SUCESO) estuviese pasando de nuevo aunque no fuera así?	NO.....1 SI.....5
PT10B PT4B4	K26	¿Se molestó mucho cuando algo o alguien le recordaba el suceso?	NO.....1 SI.....5
PT10B PT4B5	K27	¿Sudaba o su corazón latía rápidamente o temblaba cuando le recordaban el (SUCESO)?	NO.....1 SI.....5
PT10D2 PT4D1	K28	Luego del (SUCESO), ¿tenía problemas con el sueño?	NO.....1 SI.....5
PT10D2 PT4D2	K29	Luego del (SUCESO), ¿se sentía más irritable o perdía el control con mayor frecuencia que de costumbre?	NO.....1 SI.....5
PT10D2 PT4D3	K30	Luego del (SUCESO), ¿tenía dificultad para concentrarse?	NO.....1 SI.....5
PT10D2 PT4D4	K31	Luego del (SUCESO), ¿se preocupaba mucho más por los peligros o se tornó mucho más cauteloso(a)?	NO.....1 SI.....5
PT10D2 PT4D5	K32	Luego del (SUCESO), ¿se asustaba o sobresaltaba fácilmente por ruidos y movimientos comunes?	NO.....1 SI.....5
PT10C PT4C1	K33	¿Trataba usted a propósito de no pensar o hablar sobre (EL SUCESO)?	NO.....1 SI.....5
PT10C PT4C2	K34	¿Evitaba lugares o personas o actividades que pudieran recordárselo?	NO.....1 SI.....5
PT10D1 PT4C3	K35	Después del (SUCESO) se ha olvidado de parte o de todo lo que pasó cuando (SUCESO)?	NO...(PASE A LA K36).....1 SI.....5
<p>SI EL SUCESO SE CODIFICÓ 5 EN LA COL. II, SI FUE TESTIGO DE UN ACCIDENTE (K22A.4) O EL SUCESO LE PASÓ A FAMILIARES O AMIGOS (K22A.11), PASE A K36. CUALQUIER OTRA RESPUESTA, PREGUNTE:</p>			
A. ¿Sufrió una lesión en la cabeza como resultado del (SUCESO)?			NO.....1 SI.....5

		B. ¿Perdió el conocimiento por más de diez minutos?	NO.....1 SI.....5
PT4C4	K36	Luego del (SUCEO), <u>perdió el interés en hacer cosas que antes eran importantes o divertidas para usted?</u>	NO.....1 SI.....5
PT4C5	K37	Luego del (SUCEO), <u>¿se sintió más aislado(a) o alejado(a) de otras personas?</u>	NO.....1 SI.....5
PT4C6	K38	Luego del (SUCEO), <u>¿se dió cuenta de que tenía más dificultad en experimentar sentimientos normales hacia otras personas, tales como amor o cariño?</u>	NO.....1 SI.....5
PT4C7	K39	Luego del (SUCEO), <u>¿comenzó a sentir que ya no valía la pena pensar sobre el futuro?</u>	NO.....1 SI.....5
SI DE LA K23 HASTA K39, TODAS SE CODIFICARON EN 1, TERMINE LA ENTREVISTA			
PT10E PT4ON PT10ON	K40	Usted dijo que tuvo problemas después del (SUCEO), como los (SINTOMAS CODIFICADOS 5 DE K23-K39) ¿Cuánto tiempo después del (SUCEO) comenzó a tener cualquiera de estos problemas? CODIFIQUE EL NUMERO MAS BAJO.	EL MISMO DIA.....1 ESA SEMANA.....2 ESE MES.....3 DENTRO DE 6 MESES.....5 DENTRO DE UN AÑO.....4 MAS DE UN AÑO.....6
		SI MAS DE UN AÑO, PREGUNTE: ¿Qué edad tenía usted?	EDAD _____/____
PT4E	K41	¿Por cuánto tiempo continuó teniendo alguno de estos problemas a causa de este (SUCEO)? CODIFIQUE EL NUMERO MENOR.	MENOS DE 1 SEM.....1 MENOS DE 1 MES.....2 MENOS DE 6 MESES.....3 MENOS DE 1 AÑO.....4 MAS DE 1 AÑO.....5
PT10RE PT4RE	K42	¿Cuándo fue la última vez que tuvo alguno de estos problemas como resultado del (SUCEO)?	REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC _____/____
	K43	¿Consultó con un médico sobre los problemas ocasionados por (SUCEO)?	NO.....1 SI...(PASE A EL 2).....5
	1. ¿Consultó algún otro profesional?	NO.....1 SI.....5	
	2. ¿Tomó medicamentos, o usó drogas, o tomó alcohol más de una vez para los problemas ocasionados por el (SUCEO)?	NO.....1 SI.....5	
	3. Los problemas que sucedieron a causa de ello, ¿interfirieron mucho con sus actividades o su vida?	NO.....1 SI.....5	
PT4F	K44	¿Alguna vez ha estado muy molesto(a) consigo mismo(a) por tener los problemas que le ocasionó el (SUCEO)?	NO.....1 SI.....5
PT4F	K45	¿Alguna vez los problemas que ocurrieron por causa de (SUCEO) le impidieron ir a una fiesta, actividad social, o reunión?	NO.....1 SI.....5

Anexo 9. Pautas evaluación telefónica.

PAUTAS PARA PARTICIPANTES MEDIANTE TELÉFONO.

- Hola, podría hablar con

- No se encuentra: informarme sobre horarios en los que pueda localizar a la persona.

- Se establece contacto:

Hola, soy trabajo en la Facultad de Psicología de Madrid. Tal y como os comento (Centro o Institución Colaborador) estamos llevando a cabo un estudio con personas afectadas por una situación crítica. Según nos ha comentado (Centro o Institución Colaborador) usted ha firmado la autorización para participar en el estudio, por lo que mi llamada es para explicarle el procedimiento que vamos a llevar a cabo. Antes de pasar a explicarle en qué va a consistir su colaboración me gustaría agradecerle que haya aceptado participar en este estudio. Muchas gracias.

Bien, el procedimiento consiste en 3 pasos:

El primero de ellos: Le voy a enviar por correo unos cuestionarios que usted tiene que rellenar siguiendo las instrucciones que en estos aparecen. Esto le va a llevar unos 45 minutos aproximadamente.

Junto con los cuestionarios le envío un sobre franqueado para que pueda enviármelos usted una vez cumplimentados.

Por último, cuando yo reciba los cuestionarios compruebo que todo está correcto, entonces le llamo para resolver lo que haya incompleto y alguna duda que usted pueda tener. Y además le haré una entrevista de unos 15 minutos aproximadamente.

¿Tiene usted alguna duda?. (Comprobar dirección postal y agradecer su participación en el estudio).

Anexo 10. Manual, cuadernillo y hoja de resultados de la EGEP.

La información relativa a este Anexo se puede encontrar en el siguiente enlace:

<http://www.web.teaediciones.com/EGEP--Evaluacion-Global-del-Estres-Postrumatico.aspx>